

LA FALTA BÁSICA

Aspectos terapéuticos de la regresión

Michael Balint

Paidós Psicología Profunda

LA FALTA BÁSICA

Biblioteca de PSICOLOGÍA PROFUNDA

Últimos títulos publicados:

58. P. L. Assoun - *Freud: La filoso y los filósofos*
59. O. F. Kernberg - *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*
60. M. Sami-Ali - *Cuerpo real, cuerpo imaginario*
61. M. Sapir, F. Reverchon, J. J. Prévost y otros - *La relajación. Su enfoque psicoanalítico*
62. W. R. Bion - *Seminarios de psicoanálisis*
63. J. Chasseguet-Smirgel - *Los caminos del anti-Edipo*
64. G. Groddeck - *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*
65. M. A. Mattoon - *El análisis junguiano de los sueños*
66. D. Foulkes - *Gramática de los sueños*
67. Anna Freud - *El yo y los mecanismos de defensa*
68. H. Kohut - *La restauración del sí-mismo*
69. W. Reich y otros - *Escritos psicoanalíticos fundamentales*
70. G. Amado - *Del niño al adulto. El psicoanálisis y el ser*
71. J. Guillaumin - *Los sueños y el yo. Ruptura, continuidad, creación en la vida psíquica*
72. I. Berenstein - *Psicoanálisis de la estructura familiar*
73. M. A. Mauas - *Paradojas psicoanalíticas*
74. M. Yampey - *Psicoanálisis de la cultura*
75. C. M. Menegazzo - *Magia, mito y psicodrama*
76. L. Grinberg - *Psicoanálisis. Aspectos teóricos y clínicos*
77. D. J. Feldfogel y A. B. Zimerman (comps.) - *El psiquismo del niño enfermo orgánico*
78. C. G. Jung - *Energética psíquica y esencia del sueño*
79. C. D. Pérez - *Masculino-Femenino o la bella diferencia*
80. S. Freud - *Esquema del psicoanálisis*
81. D. Lagache - *Obras I (1932-1938)*
82. D. Lagache - *Obras II (1939-1946)*
83. D. Lagache - *Obras III (1947-1949)*
84. D. Lagache - *Obras IV (1950-1952)*
85. M. Balint - *La falta básica*
91. M. Mannoni - *El niño retardado y su madre*
92. L. C. Delgado - *Análisis estructural del dibujo libre*
93. M. E. Garcia Arzeno - *El síndrome de la niña púber*
94. C. D. Pérez - *Un lugar en el espejo. El espacio virtual de la clínica*
95. M. Mahler - *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*
96. M. Mahler - *Estudios 2. Separación-individuación*
97. C. S. Hall - *Compendio de psicología freudiana*
98. A. Tallaferro - *Curso básico de psicoanálisis*
99. F. Dolto - *Sexualidad femenina*
100. B. Bulacio y otros - *De la drogadicción*
101. I. de Krell - *La escucha. La histeria*
102. O. F. Kernberg - *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*
103. D. Lagache - *El psicoanálisis*
104. F. Dolto - *La imagen inconsciente del cuerpo*
105. H. Racker - *Estudios sobre técnica psicoanalítica*
106. L. J. Kaplan - *Adolescencia. El adiós a la infancia*
107. S. Rosen - *Mi voz irá contigo*
108. M. Pérez-Sánchez - *Observación de niños*
110. H. Kohut - *¿Cómo cura el análisis?*
111. H. Mayer - *Histeria*
112. S. P. Bank y M. D. Khan - *El vínculo fraterno*
113. C. G. Jung - *Aion. Contribuciones a los simbolismos del sí-mismo*
114. C. G. Jung - *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*
115. C. G. Jung - *Psicología de la demencia precoz*
117. M. Ledoux - *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*
118. M. N. Eagle - *Desarrollos contemporáneos recientes en psicoanálisis*
119. P. Bercherie - *Génesis de los conceptos freudianos*
120. C. G. Jung - *El contenido de las psicosis*
121. J. B. Pontalis y J. Laplanche - *Interpretación freudiana y psicoanálisis*
122. H. Hartmann - *La psicología del yo y el problema de la adaptación*
123. L. Bataille - *El ombligo del sueño*
124. L. Salvarezza - *Psicogeriatría. Teoría y clínica*
125. F. Dolto - *Diálogos en Quebec*
126. E. Vera Ocampo - *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*
127. M. C. Gear, E. C. Liendo y otros - *Hacia el cumplimiento del deseo. Más allá del melodrama*
128. J. Puget e I. Berenstein - *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*
129. H. Mayer - *Volver a Freud*
130. M. Safouan - *La transferencia y el deseo del analista*
131. H. Segal - *La obra de Hanna Segal*
132. K. Horney - *Ultimas conferencias*
133. Rodulfo - *El niño y el significante*
134. J. Bowlby - *Una base segura*
135. O. Mannoni - *De la pasión del ser a la locura de saber*
136. M. C. Gear, E. C. Liendo y otros - *Tecnología psicoanalítica*
140. D. Winnicott - *El gesto espontáneo. Cartas escogidas*
141. M. C. Gear, E. C. Liendo y otros - *Supervisión terapéutica*
142. J. McDougall y S. Lebovici - *Diálogo con Sammy*
143. M. Sami-Ali - *Pensar lo somático*
144. M. Elson - *Los seminarios de Heinz Kohut*

Michael Balint

LA FALTA BÁSICA

Aspectos terapéuticos de la regresión



Barcelona-Buenos Aires-México

Título original: *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*
Publicado en inglés por Tavistock Publications, Londres y Nueva York

Traducción de Alberto Luis Bixio

Cubierta de Gustavo Macri

1.ª reimpresión en España, 1993

ISBN: 84-7509-872-X
Depósito legal: B-937/1993

Impreso en Hurope, S.A.,
Recaredo, 2 - 08005 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain

INDICE

Parte III
EL ABISMO Y LAS RESPUESTAS DEL ANALISTA

Parte IV
LA FORMA BENIGNA Y LA FORMACION MALIGNA DE REGRESION

Parte V
EL PACIENTE EN REGRESION Y SU ANALISTA

PREFACIO A LA REEDICION DE 1979

Las ideas y cuestiones planteadas y expuestas en este libro eran importantes hace diez años; algunas de ellas tal vez sean aun más importantes hoy. Me complace mucho que se me haya ofrecido la oportunidad de escribir el prefacio para la segunda edición.

En abril de 1967, hace exactamente doce años, Michael Balint escribió en su prefacio a la primera edición que los problemas tratados en el libro lo habían mantenido ocupado aproximadamente durante los últimos diez años. Tengo la impresión de que esos problemas lo tuvieron ocupado durante mucho más tiempo, tal vez durante toda su vida de trabajo. Así y todo, cuando discutíamos las cuestiones consideradas en el libro, discusiones que invariablemente surgían de problemas clínicos, Balint nunca permitía que anteriores teorías o ideas preconcebidas desfiguraran sus observaciones. Pasaba por largos períodos de duda e incertidumbre motivadas por sus nuevas observaciones y no se contentaba con soluciones falsas que habrían eludido los problemas y le habrían impedido llegar a la comprensión que procuraba alcanzar. Siempre me impresionó profundamente su honestidad intelectual.

Quizá algunas de las precisas descripciones que realiza Balint de diferentes técnicas —y de una técnica míticamente "correcta"— sean hoy menos pertinentes a nuestro trabajo de lo que eran diez años atrás. Pero la descripción de esas técnicas es un paso valioso y necesario en el desarrollo de

nuestro pensamiento. Balint, lo mismo que todo buen teórico, modificaba sus puntos de vista a medida que meditaba, trabajaba y escribía. Habíamos proyectado volver a redactar ciertos pasajes de este libro y agregarle un capítulo. Al releerlo ahora, me alegro de que no lo hayamos hecho. La obra parece bien en su forma actual y ofrece al lector una visión clara de algunas de las maneras, hasta ahora no descritas, en que los pacientes están vinculados con sus analistas y los analistas con sus pacientes en esa relación de dos personas creada y descrita por Freud. Es menester que esas relaciones continúen siendo reobservadas y redefinidas a fin de elucidar problemas que se presentan no sólo a los psicoanalistas sino a todos aquellos que trabajan en el estudio de las relaciones humanas.

ENID BALINT

PREFACIO

Aproximadamente durante los últimos diez años me estuve ocupando de los problemas tratados en este libro. En ese período, en varias ocasiones redacté y publiqué una u otra parte que consideré suficientemente madura. En orden cronológico esas partes fueron: "Los tres ámbitos de la psique" (1957), "Narcisismo primario y amor primario" (1960), "El paciente en regresión y su analista", también en 1960, y "La forma benigna y la forma maligna de regresión" en 1965.

Todas estas publicaciones independientes fueron reordenadas y algunas partes de ellas vueltas a redactar para acomodarlas a este libro. La más modificada de todas es "El paciente en regresión y su analista". La amplié considerablemente y la primera mitad del artículo vino a constituir la parte III en tanto que la segunda mitad constituye el núcleo de la parte V.

Deseo agradecer la cortesía de los editores del *International Journal of Psycho-Analysis,* del *Psychoanalytic Quarterly* y del *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, así como la gentileza de la editorial Grune & Stratton, de Nueva York, por permitirme usar material previamente publicado por ellos.

Como en el caso de todos mis otros libros, en éste también deseo dejar registrada mi gratitud a mi mujer, sin cuya ayuda la compilación de la obra habría tardado mucho más tiempo. En más de una ocasión, cuando me encontraba irre-

misiblemente atascado en mis ideas, una discusión con ella me permitió encontrar el camino para salir del pantano y continuar mi trabajo.

Debo mucho a mi amiga y colega, la doctora Mary Hare, y a la señorita Ann Hutchinson, nuestra secretaria de la biblioteca del Instituto de Psicoanálisis, por la lectura de las pruebas de imprenta y por sus valiosos comentarios.

MICHAEL BALINT

PARTE I

LOS TRES AMBITOS DE LA PSIQUE

Capitulo 1

LOS PROCESOS TERAPEUTICOS Y SU LOCALIZACION

La Parte I de este libro está constituida casi exclusivamente por capítulos conclusos en sí mismos, lo cual no hace fácil seguir el hilo general de la argumentación. Debí adoptar esta estructura porque en varias ocasiones tuve que apartarme de los modos establecidos de considerar las cosas y tener en cuenta, tras madura reflexión, observaciones clínicas antes de poder continuar con la fase siguiente de mi línea de pensamiento.

Antes de comenzar nuestra jornada, convengamos en que todos nosotros, los lectores y el autor, somos analistas dignos de confianza que no incurrimos en errores elementales; convengamos en que todos nosotros damos interpretaciones correctas en momentos oportunos y elaboramos lo más posible el material que nos entregan nuestros pacientes, tanto en el nivel genital como en el nivel pregenital, tanto en la transferencia como en la realidad.

Habiéndonos puesto de acuerdo sobre esto, quizá también podamos admitir que todos nosotros tenemos ocasionalmente pacientes difíciles, frente a los cuales nos sentimos perplejos e inseguros y que —según los rumores que circulan en todas las ramas de nuestra Asociación Internacional— hasta los más experimentados y expertos analistas fracasan ocasionalmente.

¿Cómo puede ocurrir semejante cosa? ¿Y cuál es la explicación de este hecho tan desagradable? En general las razones de nuestras dificultades y fracasos pueden clasificarse

en tres grupos. Pueden deberse: a) a nuestra técnica inapropiada, b) a las dificultades inherentes ya a la personalidad del paciente, ya a su enfermedad, y c) a un mal "ajuste" entre nuestra técnica apropiada en otros casos y las cualidades intrínsecas del paciente que de otro modo sería curable.

La primera cuestión que debemos considerar es la de por qué algunos pacientes son más difíciles de tratar que otros o por qué algunos análisis son menos satisfactorios que otros para el analista y para sus pacientes. Formulemos la misma cuestión de una manera diferente que puede hacérnosla captar mejor. ¿Cuáles son los procesos terapéuticos? ¿En qué parte de la psique se verifican esos procesos? ¿Y a qué parte de ellos se deben las varias dificultades que encontramos los analistas?

Este problema se indagó desde hace más de sesenta años y todavía está en gran medida sin resolver; en efecto, no sabemos exactamente qué partes del aparato mental son accesibles al psicoanálisis y en qué medida lo son; o, para expresarlo según nuestra formulación, qué partes de la psique son aquellas en que tienen lugar los procesos terapéuticos. Aunque estas dos formulaciones no describen exactamente el mismo problema, se superponen considerablemente.

En general, se está de acuerdo en que influir en el superyó sería (y en realidad es) uno de los objetivos deseables de la terapéutica. Y hasta tenemos ciertas ideas sobre lo que ocurre en esa parte del espíritu, es decir, ideas sobre los procesos terapéuticos que intervienen y los cambios que allí se producen.

Sabemos, por ejemplo, que el superyó se ha constituido principalmente por introyecciones y que sus fuentes más importantes son objetos sexuales estimulantes, pero nunca plenamente satisfactorios, de la primera infancia, de la niñez y de la pubertad; en un sentido podemos afirmar que el superyó es la suma total de las cicatrices psíquicas dejadas por esos objetos. Por otro lado, el superyó puede modificarse por obra de nuevas introyecciones posteriormente, en la vida madura; un ejemplo convincente de semejante modificación es el tratamiento analítico durante el cual el analista llega a estar parcialmente o hasta enteramente introyectado. Quisiera aquí establecer una diferencia entre introyección y otro proceso —sumamente importante en la constitución del superyó—; me refiero a la identificación, que puede concebirse como un paso secundario después de la introyección: el individuo no sólo acepta el objeto sexual

estimulante pero frustrante sino que en adelante lo experimenta como una parte integrante de sí mismo. A menudo la identificación está precedida por la idealización o está íntimamente ligada a ella; por otro lado, un alto grado de idealización puede constituir un serio obstáculo que se oponga a la identificación con el objeto introyectado. Todo esto se conoce bastante bien, pero no tenemos ningún conocimiento preciso sobre los procesos que se necesitan para *anular retroactivamente* la introyección, la idealización o la identificación. En suma, tenemos cierta idea de los procesos que conducen a nuevas introyecciones e identificaciones, pero nada sabemos sobre las maneras que anulan retroactivamente una introyección o una identificación establecidas. Y esto es muy lamentable porque sería muy importante para nuestra eficiencia técnica saber cómo ayudar al paciente a librarse de partes de su superyó.

También existe amplio acuerdo en que la terapéutica analítica debería en general tender a fortalecer el yo, por más que nuestras ideas sobre la naturaleza exacta de ese fortalecimiento y las técnicas para lograrlo son todavía bastante vagas. Lo que sabemos acerca de este aspecto de nuestra terapéutica podría resumirse del modo siguiente: el yo, en íntimo contacto con el ello, debe fortalecerse; me refiero a esa parte del yo que puede gozar de gratificaciones instintuales, que puede soportar gran aumento de tensiones, que es capaz de abrigar interés y consideración, que puede albergar y tolerar deseos insatisfechos y también el odio, y que trata de aceptar las realidades internas y externas a las que puede someter a prueba; mientras que no debería ser fortalecida aquella parte del yo que no puede (ni se atreve) a gozar de intensa gratificación instintual, que debe defenderse de todo aumento de tensión emocional mediante la negación, la inhibición y la transformación en lo contrario o mediante formaciones reactivas —es decir, esa parte que se adapta a la realidad exterior y a las exigencias del superyó a expensas de la realidad interior—; por el contrario, debería hacerse que el papel de esa parte del yo fuera menos dominante.

La cuestión de si este fortalecimiento del yo y las modificaciones del superyó a que nos hemos referido significan sólo dos aspectos del mismo proceso o si son dos procesos más o menos independientes es una cuestión que no se ha formulado explícitamente ni se ha discutido apropiadamente. La fórmula usada con mayor frecuencia afirma que el

yo debe mediar a instancias del superyó entre las exigencias de la realidad exterior y el ello. No sabemos aún de fijo si el mediador tiene o no tiene algún poder propio para influir en la formación de compromiso ni cuáles sean los procesos terapéuticos que ejercen algún efecto sobre ese poder.

Mayor incertidumbre aún reina en lo que se refiere a la posibilidad y los medios de influir en el ello. No tenemos la menor idea sobre si es posible hacerlo ni, en el caso de que sea posible influir en el ello, cómo debería hacerse. Quiénes aceptan la existencia del instinto primario de muerte y aceptan con él el sadismo primario, el narcisismo primario y el impulso destructivo, se ven obligados a llegar a la conclusión de que también el ello debe modificarse por obra de nuestra terapéutica. Un aspecto de este posible cambio fue descrito ya por Freud en "Análisis terminable e interminable" (1937) como "doma de los instintos". En el caso especial del sadismo primario, esto significa que la vehemencia de los impulsos destructivos —llamados a veces *destrudo*— debe ser mitigada en el tratamiento analítico o debe ser domeñada, ya modificando esos impulsos en su fuente, es decir en el ello, ya por lo menos "fundiéndolos" con más libido. Como los dos conceptos teóricos de "fusión" y "defusión" (desintrincación) son muy vagos, resulta casi imposible situarlos con seguridad en el ello o en el yo; además, independientemente de sus nombres no hemos podido forjarnos ninguna idea de los mecanismos y procesos que intervienen aquí. Quizá el único atisbo que tengamos es el de que posiblemente la defusión y la frustración están muy estrechamente vinculadas; pero es bastante incierto que pueda decirse lo mismo de la contraparte, técnicamente tan importante, la gratificación y la fusión.

En semejantes circunstancias no ha de maravillarnos el hecho de que nadie haya sido capaz de describir métodos seguros para influir en estos dos procesos. Si la "fusión" y la "defusión" son susceptibles de ser influidas por el análisis de alguna manera, lo único que podemos afirmar con certeza es que esa influencia se da por obra de la transferencia, es decir, esencialmente por obra de una relación objetal. Ello significa, empero, que los procesos iniciados en la situación analítica han de concebirse como fenómenos lo bastante fuertes o intensos para penetrar en las capas profundas de la psique y determinar cambios fundamentales en ellas. En nuestra bibliografía analítica no se ha discutido de manera apropiada cómo pueda ocurrir esto, ni qué clase

de relación objetal pueda lograr ese resultado ni cuál deba ser su intensidad.

Así hemos llegado a una respuesta al enigma con el que comenzamos nuestra jornada: ¿por qué hasta los más experimentados de nosotros encontramos casos difíciles e incurrimos en ocasionales fracasos? Poseemos algunas concepciones teóricas sobre ciertos procesos que posiblemente se desarrollan en la psique durante el tratamiento psicoanalítico, pero hasta ahora no hemos logrado establecer un lazo directo suficientemente seguro entre esas concepciones teóricas y nuestra práctica técnica. En otras palabras, sobre la base de nuestras concepciones teóricas acerca de los procesos terapéuticos y sus localizaciones, todavía no estamos en condiciones de establecer cuál técnica particular sea aconsejable y qué medidas técnicas sea mejor evitar. Este hecho es la *raison d'être* de la coexistencia de varias escuelas psicoanalíticas, cada una de las cuales tiene su propia técnica que difiere considerablemente de las de las demás, aunque cada una acepta las mismas ideas fundamentales sobre la estructura de la psique. Es importante agregar aquí que los analistas de todas las escuelas —sin excepción— tienen sus éxitos, sus casos difíciles y también su cuota de fracasos. Es en alto grado probable que los representantes de las diferentes escuelas alcancen éxitos o fracasen con diferentes pacientes; además, aplicando diferentes técnicas puede ser diferente el modo del éxito o del fracaso. De manera que un estudio crítico imparcial de este campo sería en extremo revelador y ventajoso para nuestra teoría de la técnica. Desgraciadamente no existe ninguna indagación de esta naturaleza; lo que ocurrió con el estudio estadístico intentado por la American Psychoanalytic Association —intento sumamente cauteloso y hasta ultracauteloso—, que debió abandonarse, muestra muy bien hasta qué punto provocan inquietud y encuentran resistencia indagaciones de esta índole.

Capítulo 2

INTERPRETACION Y ELABORACION

De manera que, según vimos, el punto de vista tópico no parece ofrecernos gran ayuda para comprender mejor nuestras dificultades técnicas y, en todo caso, no nos entrega criterios suficientemente seguros para decidir si un determinado paso terapéutico es correcto o no en las circunstancias dadas. Pero, claro está, cabía esperar este resultado. No debemos olvidar que la última revisión de la teoría psicoanalítica del aparato psíquico fue realizada por Freud en la primera parte de la década de 1920, es decir, hace ya unos cuantos años. Desde entonces no se ha expuesto ninguna idea esencialmente nueva sobre el aparato mental (aunque deben tenerse en cuenta las nuevas psicologías del yo de Fairbairn, Hartmann y Winnicott). Por otro lado, es indiscutible que desde aquella época aumentaron considerablemente nuestro potencial técnico, nuestra destreza práctica y conjuntamente nuestros problemas técnicos. Hice una reseña de estos nuevos fenómenos en un artículo que presenté en el Congreso de Zürich (1949), en el cual traté de demostrar que la técnica de Freud y sus concepciones teóricas eran interdependientes.

El propio Freud declaró en sus dos grandes monografías *El yo y el ello* (1923) e *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), que fundaba su técnica y su teoría en las experiencias clínicas que había tenido con pacientes obsesivos y melancólicos —uso sus propias palabras—; en dichos pacientes tanto los procesos mentales como los conflictos están con-

siderablemente "internalizados" (*verinnerlicht*). Esto significa que los conflictos originales así como los procesos y mecanismos defensivos movilizados para afrontarlos son en estos pacientes hechos internos y en gran medida continúan siéndolo. En cambio, esta clase de pacientes catectiza sólo débilmente los objetos externos. De manera que, en primera instancia, puede considerarse que todos los hechos importantes en estos pacientes, tanto los hechos patológicos como los terapéuticos, se desarrollan casi exclusivamente en su interior. Fue esta circunstancia lo que permitió a Freud describir los cambios terapéuticos en una forma simple. Si esos pacientes catectizan sólo débilmente los hechos y objetos externos, la influencia de las variaciones de un analista a otro, siempre que los analistas apliquen una técnica analítica "sensata", será mínima y hasta prácticamente desdeñable. Olvidando que esto es así sólo en el caso límite de tales pacientes y sólo en primera instancia, algunos analistas llegaron a la idea de "la técnica correcta", es decir, una técnica que es correcta para todos los pacientes y para todos los analistas, sin atender a sus respectivas individualidades. Si la línea de mi pensamiento resulta válida, "la técnica correcta" sería una quimera, una pesadilla, una compilación fantástica de jirones incompatibles de realidad.

Una importante condición previa de la internalización es una buena estructura del yo que pueda resistir y albergar las tensiones provocadas por la internalización sin sufrir colapso y sin recurrir a un tipo diferente de defensa —que podríamos llamar externalización— como, por ejemplo, la exoactuación, la proyección, la confusión, la negación, la despersonalización. En el caso de pacientes que son capaces de una internalización sostenida, el famoso símil que usó Freud da una acabada descripción de lo que ocurre realmente durante el tratamiento analítico. La mayor parte del tiempo el analista es en verdad un "espejo bien pulido" que no hace sino reflejar lo que el paciente le comunica. Además, como lo muestran todas las historias clínicas publicadas por Freud, el material comunicado al analista en este tipo de trabajo analítico consiste casi exclusivamente en palabras, y asimismo el analista emplea palabras para reflejar el material que devuelve al paciente. En todo este proceso de comunicar y reflejar, cada una de las dos partes —paciente y analista— comprende en el mismo sentido lo que el otro dice. Verdad es que surgen resistencias que a veces son muy intensas, pero el analista siempre puede contar con un

yo inteligente y digno de confianza que es capaz de aceptar palabras y que luego permite que éstas influyan en él. Es decir, en este caso, el yo es capaz de cumplir lo que Freud llamó "elaboración".

Esta línea de ideas nos conduce a la segunda respuesta a nuestro problema. En primer lugar, lo que acabamos de decir de nuestra técnica presupone que las interpretaciones sean experimentadas por el paciente y el analista como interpretaciones y no como algo diferente. Esto podrá parecer una perogrullada, pero espero demostrar después que es importante poner mucho énfasis en este hecho.

La terapéutica psicoanalítica, aun en el sentido clásico del "espejo bien pulido", es esencialmente una relación de objeto; todos los hechos que en última instancia llevan a cambios terapéuticos en la psique del paciente son iniciados por procesos que ocurren en una relación de dos personas, que ocurren esencialmente *entre* dos personas, y no sólo en el interior de una de ellas. Este hecho fundamental podría pasarse por alto sólo mientras los objetos principales de estudio fueran pacientes que se valieran primordialmente de la internalización, es decir, pacientes con una buena y fuerte estructura del yo. Esas personas pueden "aceptar" lo que su analista les ofrece así como lo que ellas mismas experimentan en la situación analítica, y también son capaces de experimentar con su nuevo conocimiento. El yo de esos pacientes es lo suficientemente fuerte para soportar —por lo menos durante algún tiempo— las tensiones creadas en el proceso. Las tensiones y esfuerzos provocados por las interpretaciones pueden ser a veces severos, pero aun así estos pacientes lo soportan. En todo caso, éste es el cuadro que cobramos de las historias clínicas publicadas por Freud.

Llegamos así a la segunda causa posible de las dificultades y fracasos en el análisis. Nuestra técnica fue elaborada para tratar a pacientes que experimentan la interpretación del analista como interpretación y cuyo yo es lo bastante fuerte para permitirles "aceptar" las interpretaciones y llevar a cabo lo que Freud llamó proceso de "elaboración". Sabemos que no todos los pacientes son capaces de llevar a cabo este proceso, y es precisamente en estos pacientes en los que encontramos dificultades.

Capitulo 3

LOS DOS NIVELES DEL TRABAJO ANALITICO

Para designar la atmósfera característica del nivel del clásico trabajo terapéutico, la bibliografía psicoanalítica habitualmente emplea las expresiones "nivel edípico o nivel genital", distinto del "nivel preedípico, pregenital o preverbal". A mi juicio, estas últimas expresiones ya tienen múltiples sentidos y yo propondré una nueva e inequívoca que, según espero, nos liberará de latentes prejuicios; pero antes de proponer esa nueva expresión examinemos el contenido real de esas otras tan comunes.

El complejo de Edipo fue uno de los mayores descubrimientos de Freud, que él mismo consideró justamente como el complejo nuclear de todo desarrollo humano, de la salud y la enfermedad, de la religión y del arte, de la civilización y del derecho, etc. Si bien el complejo de Edipo caracteriza una fase bastante temprana del desarrollo, Freud no vaciló en describir las experiencias mentales, las emociones y sentimientos del niño en esa fase con el lenguaje propio de los adultos. (Como deseo mantenerme al margen del espinoso problema de la cronología, deliberadamente dejo en suspenso la definición de esta edad temprana. A mis efectos basta decir que se trata de una edad muy temprana.) En realidad, el supuesto de Freud fue una audaz proyección, una osada extrapolación. Freud hizo el tácito supuesto, sin aducir prueba alguna, de que las emociones, sentimientos, deseos, temores, impulsos instintuales, satisfacciones y frustraciones de los niños muy pequeños son, no sólo muy simila-

res a los de los adultos, sino que también guardan entre sí aproximadamente la misma relación recíproca. Sin estos dos supuestos emplear el lenguaje propio de los adultos para describir estos hechos en los niños habría sido totalmente injustificable.

Repito que este supuesto fue un paso muy audaz, pero sus resultados fueron ulteriormente validados por entero, tanto por la observación de niños normales como por las experiencias clínicas en el análisis de niños neuróticos. Además, habría que hacer notar que, si bien todo comenzó con el análisis de Juanito (1909), toda esta validación se produjo durante el mismo período de la última revisión que hizo Freud de nuestros conceptos teóricos sobre el aparato psíquico, es decir, durante la década de 1920.

Para evitar un posible malentendido, habría que agregar que el analista al trabajar en este nivel edípico no pasa por alto, desde luego, ni descuida el material pregenital, sólo que trabaja con él valiéndose de un lenguaje adulto, es decir, elevándolo al plano edípico o "verbal". Este es un punto importante de nuestra técnica, puesto que inmediatamente plantea el problema de lo que debería hacer un analista en un caso en el cual la expresión de material pregenital en palabras propias de adulto resulta ininteligible o inaceptable para el paciente, es decir, en un caso en el cual aparentemente el paciente no tiene un camino simple que lo lleve directamente del plano preverbal al plano edípico.

Desde la década de 1920 nuestra técnica progresó mucho y es lícito afirmar que hoy podemos tratar a pacientes que entonces se consideraban imposibles de tratar, y ciertamente podemos comprender mejor al paciente medio en un grado mayor de profundidad y seguridad que nuestros colegas de cuarenta años atrás. En el curso de esta evolución recogimos una rica cosecha de observaciones clínicas y de desconcertantes problemas. Todas esas observaciones y problemas corresponden a hechos ocurridos y observados en la situación analítica. En primera instancia, estos hechos pueden entenderse desde el punto de vista del conflicto de Edipo y aquí puede usarse un lenguaje propio de adultos. Pero, *pari passu* con nuestra creciente experiencia y nuestros perfeccionados poderes de observación, hemos tropezado con hechos que entrañan considerables dificultades tanto en nuestras descripciones teóricas como en nuestra práctica técnica.

Por ejemplo, comprobamos que existen pacientes que tie-

nen gran dificultad en "aceptar" cualquier cosa que aumente el esfuerzo que se les exige y que existen otros que pueden "aceptar" cualquier cosa, porque aparentemente su ser más íntimo no es influido casi por nada. Como acabo de decir, estos dos tipos de pacientes entrañan serias dificultades teóricas y técnicas, quizá porque la relación que guardan con el analista difiere considerablemente de la relación que estamos acostumbrados a encontrar en el nivel edípico.

Los dos tipos de pacientes a que acabamos de aludir constituyen sólo una pequeña muestra de los muchos pacientes a los que suele catalogarse como "profundamente alterados", "profundamente escindidos", "seriamente esquizoides", "con un yo demasiado débil o inmaduro", "en alto grado narcisistas", o que sufren de "una profunda herida narcisista", etc., con lo cual se da por descontado que la raíz de su enfermedad va más allá del complejo de Edipo y es más profunda. A este respecto y atendiendo al problema teórico a menudo discutido, no tiene importancia el hecho de que tales pacientes hayan llegado ya enfermos al período del complejo de Edipo, o el hecho de que sólo después experiencias traumáticas hicieron ineficaces los mecanismos defensivos correspondientes a ese período, lo cual los llevó por fuerza a una regresión o a una desviación más allá del nivel edípico. En este contexto, lo importante es reconocer los dos niveles diferentes del trabajo analítico.

Para ilustrar el tipo de problema que encontramos en este otro nivel quiero referirme a un ejemplo siempre repetido que no pertenece a nuestro campo. En los seminarios de investigación y práctica médica general (Balint, M., 1964) los doctores suelen informar que han explicado a un paciente muy claramente ciertas implicaciones de su enfermedad; pero luego, cuando se comparan los resultados reales de la explicación con los resultados que se pretendía alcanzar, ocurre con frecuencia y de manera sorprendente que aquella explicación fue clara tan sólo para el médico; para el paciente no era clara y con frecuencia no era ninguna explicación. De manera que cuando un médico informa que explicó algo muy claramente, se impone la siguiente pregunta: "Claramente, pero, ¿para quién?" La razón de esta discrepancia entre intención y resultado es la de que las mismas palabras tienen una significación totalmente diferente para el benévolo pero objetivo médico y para su paciente que está profundamente inmerso en su situación.

Los analistas a menudo tropezamos con esa misma expe-

riencia. Damos a nuestro paciente una interpretación clara, concisa, bien fundada, oportuna y ocurre que —a menudo para nuestra sorpresa, desaliento, irritación y decepción— esa interpretación no tiene ningún efecto en el paciente o bien tiene un efecto completamente distinto del que nos proponíamos producir. En otras palabras, nuestra interpretación no era clara en modo alguno o ni siquiera fue experimentada como una interpretación. Por lo general los analistas tratan de vencer sus decepciones apelando a tres modos de pensar que los tranquilizan. El analista puede criticarse a sí mismo por no haber logrado interpretar la ansiedad más importante de la situación, por haberse dejado desviar hacia algo que sólo tenía importancia secundaria; a esta autocrítica siguen generalmente frenéticos esfuerzos para adivinar qué fantasías del paciente han obstruido el camino de la comprensión del analista. O bien el analista puede hacer revivir en él la eterna controversia sobre los relativos méritos y desventajas de las interpretaciones de la defensa o de la transferencia, interpretaciones que pueden continuar indefinidamente. Y, por último, el analista podría tranquilizarse diciéndose que en el momento decisivo la resistencia del paciente era demasiado fuerte y que, por consiguiente, necesitaba mucho más tiempo para llevar a cabo la "elaboración". Esta última fórmula es tanto más tranquilizadora por cuanto ya antes fue usada por el propio Freud.

Desgraciadamente estas fórmulas y líneas de pensamiento tranquilizadoras no son pertinentes aquí, puesto que todas ellas corresponden al nivel edípico, es decir, presuponen que las interpretaciones del analista sean experimentadas por el paciente como interpretaciones. Sólo para esta situación Freud acuñó el término "elaboración". Evidentemente la elaboración es posible sólo si el paciente es capaz de aceptar la interpretación, de experimentarla como tal y de permitir que ella influya en su psique. Y éste puede ser o no ser el caso con la clase de pacientes "profundamente alterados". Pero si el paciente no experimenta la interpretación del analista como una interpretación o sea como un discurso compuesto de palabras con una significación convenida, no puede tener lugar ninguna elaboración. La elaboración puede desarrollarse sólo si nuestras palabras tienen aproximadamente la misma significación para nosotros y para nuestros pacientes.

En el nivel edípico no existe semejante problema. El paciente y su analista hablan confiadamente el mismo lengua-

je; las mismas palabras significan más o menos lo mismo para ambos. Verdad es que el paciente puede rechazar una interpretación, pues ésta puede molestarlo, asustarlo o chocarle, pero aquí no hay la menor duda de que *se trataba* de una interpretación.

El establecer dos niveles diferentes nos da una tercera respuesta a nuestra pregunta original y al propio tiempo nos señala otros interesantes problemas. Pero antes de encarar éstos, pasemos revista al camino recorrido hasta este punto. Comenzamos con la comprobación —o verdad trillada— de que aun los más expertos de nosotros tienen ocasionalmente pacientes difíciles y hasta muy difíciles. Luego nos preguntamos cuáles eran los procesos terapéuticos, en qué parte de la psique se desarrollaban, qué partes de ellos tenían la culpa de las dificultades encontradas y por último qué medios técnicos teníamos para influir en dichos procesos. Después examinamos nuestra actual teoría de la técnica y comprobamos que el enfoque topológico no nos brindaba gran ayuda. Al avanzar un poco más, vimos que todas nuestras descripciones de lo que acontece en la psique del paciente durante el tratamiento se basan en el estudio ceñido de pacientes —estudio iniciado por el propio Freud en los primeros años de la década de 1920— que pueden aceptar las interpretaciones del analista como interpretaciones y que son capaces del proceso de "elaboración". Por último, comprobamos que hay por lo menos dos niveles en el trabajo analítico; por consiguiente, es muy probable que haya dos niveles de procesos terapéuticos y además que un aspecto de esta diferencia es la diferente utilidad del lenguaje adulto en los dos niveles.

Esta importante diferencia con respecto al lenguaje, diferencia que puede crear un abismo entre paciente y analista y poner escollos al progreso del tratamiento fue descrita por primera vez por Ferenczi, especialmente en su último artículo presentado al Congreso (1932) y en sus "Notas y fragmentos", publicados póstumamente. Ferenczi la llamó "La confusión de lenguajes entre los adultos [¡en plural!] y el niño [¡en singular!]". Desde entonces, aunque generalmente sin mencionar la obra inicial de Ferenczi, varios investigadores procuraron describir el mismo fenómeno. De manera que la conclusión a la que llegamos en el capítulo anterior es sólo una reformulación de algo bien conocido: que el trabajo analítico se desarrolla en por lo menos dos niveles diferentes, uno que nos es familiar y menos problemático,

llamado el nivel edípico, y el otro, que suele designarse con términos tales como preedípico, pregenital y preverbal.

Yo propongo que se conserven las expresiones nivel edípico, período edípico, conflicto edípico, complejo de Edipo, por cuanto ellas denotan los rasgos más importantes del nivel a que se refieren. Hay varios rasgos característicos que diferencian clínicamente los fenómenos pertenecientes a este nivel de los fenómenos pertenecientes al otro. El primer rasgo característico consiste en que todo cuanto ocurre en el nivel edípico —ya se refiera a experiencias genitales, ya a experiencias pregenitales— ocurre en una relación triangular, lo cual significa que además del sujeto intervienen siempre por lo menos dos objetos paralelos. Estos dos objetos podrían ser dos personas, como en la situación edípica, o una persona y algún objeto, como en la esfera del erotismo anal y casi seguramente también en la esfera del erotismo oral. En el erotismo anal el segundo objeto está representado por las heces y sus múltiples derivados, en tanto que en el segundo, por lo menos en sus fases posteriores, además de la fuente o persona proveedora del alimento siempre está presente el alimento mismo como un objeto más. Si bien estas dos esferas son pregenitales por definición, la estructura de la relación correspondiente —ciertamente en la fase anal y en las fases últimas del estadio oral—, que consiste en el sujeto y en por lo menos dos objetos paralelos, las lleva al ámbito edípico y las eleva al nivel edípico.

La segunda característica importante del ámbito edípico es la de que éste sea inseparable del conflicto. Independientemente de unos pocos casos no bien estudiados, el conflicto es provocado por la ambivalencia que surge de las complejidades de las relaciones entre el individuo y sus dos objetos paralelos. Aunque ese conflicto es inherente a la situación puede resolverse o, en todo caso, puede mitigársele considerablemente. Quizá el ejemplo mejor estudiado de conflicto sea aquel en que una autoridad —externa o interna— prescribe o prohíbe una determinada forma de gratificación. Semejante conflicto lleva ulteriormente a una fijación en la cual queda contenida cierta cantidad de libido en una infructuosa pugna que crea continua tensión. El tratamiento analítico tiene entonces la misión de movilizar y liberar esas cantidades de libido valiéndose de la interpretación o bien ofreciendo al paciente en la transferencia oportunidades de que inicie un proceso regresivo a fin de hallar una solución mejor. Aunque ninguna solución es

ideal, puesto que todas ellas dejan alguna tensión que es menester soportar, casi siempre resulta posible hallar una que reduzca considerablemente la tensión.

La tercer característica importante de este nivel es el hecho de que en él el lenguaje adulto resulta un medio de comunicación apropiado y digno de confianza; como todos sabemos, Edipo era un hombre adulto. Si alguna vez surgiera la necesidad de acuñar un nuevo término para designar este nivel, yo propondría que se lo llamara el nivel del lenguaje adulto, reconocido y convencional.

En la ciencia ocurre a menudo que la desdichada elección de un nombre conduce a malas interpretaciones o carga con prejuicios al estudio del problema que debería ser imparcial. A fin de evitar estos peligros sería menester designar estos dos niveles mentales con términos realmente independientes uno del otro. Así como el nivel edípico posee su propio nombre derivado de una de sus principales características, así también el otro nivel debería tener su propio nombre y no ser llamado prealgo distinto, en todo caso no preedípico, porque puede coexistir con el nivel edípico, según nos lo indican nuestras experiencias clínicas. Por el momento, deseo dejar en suspenso la cuestión de si hay o no períodos en que la psique conoce sólo un nivel y no el otro. Por lo demás, se impone subrayar que ese otro nivel es claramente más simple, más primitivo que el nivel edípico. Propongo que se lo llame el nivel de la *falta básica* y deseo recalcar que ha de entendérselo como una falta, no como una situación o posición o conflicto o complejo. Después explicaré por qué.

Las principales características del nivel de la falta básica son: a) todos los hechos que ocurren en él pertenecen exclusivamente a una relación de dos personas; aquí no está presente una tercera persona; b) esta relación de dos personas es de una naturaleza particular, por entero diferente de las bien conocidas relaciones humanas del nivel edípico; c) la naturaleza de la fuerza dinámica que obra en este nivel no es la de un conflicto, y d) el lenguaje adulto es a menudo inútil o equívoco para describir los hechos de este nivel, porque las palabras no tienen siempre una significación convencional reconocida.

Aunque algunas de estas características cobrarán cabal sentido sólo en el curso de los capítulos siguientes, ahora puedo enunciar algo sobre otras características. Ante todo sobre la naturaleza de la primitiva relación de dos personas

en este nivel. En una primera aproximación este nivel puede considerarse como una instancia de relación objetal primaria o amor primario, como hube de describirlo en varias ocasiones (Balint, M., 1932, 1934, 1937, 1959) y en el capítulo 12 de este libro. Cualquier tercer elemento que interfiera con esta relación es experimentado por el sujeto como una pesada carga o una intolerable tensión. Otra cualidad importante de esta relación es la inmensa diferencia de intensidad entre los fenómenos de satisfacción y frustración. Mientras la satisfacción —el "ajuste" del objeto con el sujeto— brinda una sensación de tranquilo y sereno bienestar que puede observarse sólo con dificultad, puesto que es tan natural y suave, la frustración —la falta de "ajuste" del objeto con el sujeto— suscita síntomas en alto grado vehementes y pronunciados (véase también el capítulo 16).

En el capítulo 4 tornaré a ocuparme de la naturaleza de las fuerzas que obran en el nivel de la falta básica, pero deseo ilustrar aquí la curiosa vaguedad de lenguaje que se observa en este nivel. Ello se debe al *grupo de asociaciones* que aún rodea cada palabra del lenguaje adulto. Pero en el nivel de la falta básica prácticamente cada miembro del grupo de asociaciones puede tener igual derecho a la posesión de la palabra. Que esto no se limita al nivel de la falta básica queda demostrado por la imposibilidad práctica de encontrar definiciones exactas, especialmente en nuestra ciencia psicológica. Para elaborar una definición exacta uno debería despojar a la palabra de todas sus asociaciones indeseables y no deseadas. La experiencia nos muestra que esto es posible sólo rara vez puesto que la gente piensa obstinadamente que las palabras empleadas implican otras significaciones y no aquella significación en la que pensaba el autor de la definición. (En el capítulo 20 discutiremos algo más este problema.)

Capitulo 4

EL AMBITO DE LA FALTA BASICA

Al aceptar teóricamente la existencia del nivel de la falta básica, debemos preguntarnos qué clase de hechos durante el tratamiento analítico han de considerarse como señales de que el paciente ha llegado a ese nivel. Tomemos un caso normal y supongamos que el tratamiento se ha desarrollado tranquilamente durante algún tiempo, que el paciente y el analista se entendieron, que los esfuerzos y demandas de ambas partes, pero especialmente por parte del analista, han sido razonables y especialmente inteligibles en todo momento. Luego, al llegar a cierto punto, de manera repentina o insidiosa la atmósfera de la situación analítica cambia profundamente. Con algunos pacientes esto podría ocurrir después de un breve período y hasta muy cerca del comienzo del análisis.

Hay varios aspectos de lo que llamaré el profundo cambio de atmósfera. Entre ellos está ante todo, según vimos en el capítulo anterior, el hecho de que las interpretaciones que da el analista no son ya sentidas como tales por el paciente. En cambio, éste puede sentirlas como un ataque, una exigencia, una baja insinuación, una rudeza no merecida o un insulto, un trato indebido, una injusticia o, por lo menos, como una completa falta de consideración, etc.; por otro lado, es igualmente posible que las interpretaciones del analista sean experimentadas como algo en alto grado placentero y satisfactorio, excitante o deleitoso o como una seducción, aunque en general como un indiscutible

signo de consideración, afecto y amor. Puede ocurrir también que palabras comunes, que hasta entonces habían tenido una significación "adulta" convencional reconocida y que podían usarse sin consecuencias, se hagan ahora inmensamente importantes y poderosas ya en un sentido bueno, ya en un sentido malo. En realidad, en esos momentos cualquier observación del analista, cualquier gesto o movimiento puede importar enormemente y puede asumir una importancia que va mucho más allá de cuanto podía uno esperar con criterio realista.

Además —y esto no es tan fácil de admitir—, parece que el paciente fuera capaz de penetrar bajo la piel de su analista. Comienza a saber mucho sobre su analista. Este aumento de conocimiento no proviene de ninguna fuente de información exterior, sino que se debe aparentemente a un misterioso talento que permite al paciente "comprender" los motivos del analista e "interpretar" su conducta. Este misterioso talento puede ocasionalmente dar la impresión de telepatía o clarividencia. (Véase Balint, M., "Notes on parapsychology and parapsychological Healing", 1955.) El analista experimenta este fenómeno como si el paciente pudiera ver dentro de él, pudiera establecer cosas sobre él. Las cosas así establecidas son siempre en alto grado personales y en cierto modo siempre referidas al paciente y resultan en cierto sentido correctas y verdaderas y al propio tiempo extremadamente fuera de toda proporción y, por lo tanto, falsas; por lo menos así las siente el analista.

Ahora bien, si el analista no responde como el paciente espera que lo haga, no se da por parte de éste ninguna reacción de cólera, rabia, desprecio o crítica en la transferencia, como cabría esperar en el nivel edípico. Lo único que puede observarse es un sentimiento de vacío, una sensación de estar perdido, apatía, futilidad, etc., junto con una aceptación aparentemente inanimada de cualquier cosa que se le ofrezca. En realidad, el paciente acepta cualquier cosa sin ofrecer gran resistencia, pero nada tiene sentido para él. Otra reacción ante el hecho de que el analista no "responda" podría ser la aparición de ansiedades persecutorias. Independientemente de la circunstancia de que en dichos estados la ansiedad —en su forma clínica de sentido común— es generalmente muy leve y apenas existe, lo cierto es que ante cualquier frustración estos pacientes sienten que la frustración les fue infligida intencionalmente. No pueden aceptar que exista otra causa de la frustración de sus deseos que la mali-

cia, la mala intención o, por lo menos, la criminal negligencia. Las cosas buenas se dan por suerte, pero las frustraciones son pruebas irrevocables de sentimientos hostiles y malos del ambiente.

Es digno de notar que, los pacientes aceptan todo esto sencillamente como un hecho penoso y es muy sorprendente que movilicen tan escasa cólera y tan poco espíritu de combatir. Más sorprendente aun es el hecho de que rara vez se da un claro sentimiento de desesperanza; parece que la desesperación y la desesperanza corresponden al nivel edípico y probablemente sean posdepresivas. Aunque las sensaciones de vacuidad y apatía (véase Balint, Enid, 1963) pueden ser muy intensas, detrás de ellas habitualmente anida una determinación seria y callada de penetrar las cosas. Esta extraña mezcla de profundos sufrimientos, falta de espíritu combativo y resuelta determinación a penetrar las cosas hace que estos pacientes sean verdaderamente atrayentes, y esto constituye un importante signo diagnóstico de que el trabajo analítico ha llegado al nivel de la falta básica.

La reacción del analista también es característica y por entero diferente de la reacción que tiene frente a una resistencia en el nivel edípico. En las Partes III, IV y V de este libro volveré a ocuparme de la cuestión; aquí baste con decir que todo lo conmueve mucho más íntimamente; el analista encuentra bastante difícil conservar su habitual actitud de simpatía y pasividad objetiva; en verdad, se encuentra en constante peligro de verse envuelto en lo emocional subjetivo. Algunos analistas permiten (y hasta prefieren) que los arrastre esa corriente y, en consecuencia, deben cambiar sus técnicas. Otros se aferran cuidadosa y cautelosamente a sus bien probadas armas y tratan de evitar todo riesgo de verse arrastrados emocionalmente. También están aquellos que, frente a esa amenaza, adoptan —tal vez como una formación reactiva contra ella— una actitud de confianza omnipotente y se tranquilizan diciéndose que su técnica de interpretación es capaz de habérselas con cualquier situación. Otro importante grupo de fenómenos se concentra alrededor de lo que podría llamarse aprecio y gratitud del paciente por el trabajo del analista. En el plano edípico, siempre que el trabajo del analista se ajuste a los criterios profesionales, estos dos sentimientos —aprecio y gratitud— son aliados poderosos y especialmente en períodos de frialdad y apatía pueden ayudar mucho. En el nivel de la falta básica, uno no

puede estar seguro en modo alguno de que el paciente tenga en cuenta y menos aun que aprecie el hecho de que su analista fue hábil y comprensivo en el pasado, sea éste reciente o remoto. Una razón de este profundo cambio es la de que en dicho nivel los pacientes sienten que tienen que recibir del analista lo que necesitan como algo que les es debido. Es éste un rasgo importante al que me referiré seguidamente.

Si el analista provee lo que el paciente necesita, éste lo da por descontado, y el hecho pierde todo su valor como prueba de destreza profesional, de don extraordinario o de favor, y con el tiempo el paciente tendrá cada vez más exigencias. En la actual bibliografía analítica este síndrome se llama avidez o hasta voracidad oral. No tengo ninguna objeción a que se lo llame avidez pero opongo una fuerte objeción a que se lo llame "oral" porque este término es equívoco. No es la relación con el instinto componente oral lo pertinente para comprender este síndrome; lo pertinente es el hecho de que tiene su origen en una relación primitiva de dos personas, la cual puede ser o no "oral". Si consideramos la gama de adicciones en que la "avidez" es el rasgo más importante, existen incuestionablemente muchas adicciones "orales", ante todo la de la nicotina y la del alcohol, pero también hay muchas que no son orales, como la de la morfina, o la cocaína aspirada por la nariz, sin olvidarnos de las varias formas de rascarse en el caso del prurito.

En el nivel edípico el analista difícilmente se siente alguna vez tentado a abandonar su actitud de pasividad y simpatía; pero si abandona su pasividad en el nivel de la falta básica, puede iniciar la peligrosa espiral de adicciones, a causa de la peculiar falta de gratitud o de la presencia de la avidez; si permanece inflexible, el tratamiento quedará interrumpido por el paciente, que lo considerará inútil, o bien después de una larga batalla sin esperanzas el paciente se verá forzado a identificarse con el agresor, que es como siente al analista, según hube de comprobarlo en uno de mis seminarios; se consigue así que el paciente incorpore un inacabable disco de larga duración. En el capítulo 17 volveré a ocuparme de este importante problema técnico.

Todos estos hechos pertenecen esencialmente al campo de la psicología de dos personas y son más elementales que los correspondientes al nivel edípico de tres personas. Además les falta la estructura de un conflicto. Esta era una de

las razones por las cuales propuse llamarlos "básicos". Pero, ¿por qué "falta"? Primero, porque ésta es exactamente la palabra usada por muchos pacientes para designarla. El paciente dice que le falta algo en su interior, una falta que debe ser reparada. Y se la siente como una falta, no como un complejo, no como un conflicto, no como una situación. Segundo, los pacientes tienen la sensación de que la causa de esa falta está en que alguien les falló o los descuidó; y tercero, una gran ansiedad invariablemente alienta en este nivel, ansiedad habitualmente expresada como una desesperada demanda de que esta vez el analista no habrá de fallarles, es más, no debe fallarles.

El término equivalante "falla" se emplea en algunas ciencias exactas para denotar deficiencias que recuerdan el punto que estamos discutiendo. Por ejemplo, en geología y en cristalografía la palabra designa una súbita irregularidad en la estructura general, una irregularidad que en circunstancias normales podría pasar inadvertida pero que, mediando ciertas tensiones o presiones, puede determinar una rotura que afecte profundamente la estructura general.

Estamos acostumbrados a concebir toda fuerza dinámica que opera en la psique como algo que asume la forma de una pulsión biológica o bien la forma de un conflicto. Aunque altamente dinámica, la fuerza que tiene su origen en la falta básica no asume la forma de un instinto ni la de un conflicto. Se trata de una falta, algo que falla en la psique, una especie de deficiencia que es menester reparar. No es algo contenido como por un dique que necesite una mejor válvula de escape, sino que es algo que el paciente echa de menos ahora o quizá haya echado de menos durante toda su vida. Una necesidad instintual puede satisfacerse, un conflicto puede resolverse, una falta básica puede tal vez curarse suponiendo que puedan encontrarse los ingredientes faltantes; y aun así puede tratarse de una curación con defecto, lo mismo que una simple cicatriz que no duele.

El adjetivo "básico" de mi nueva expresión significa no sólo que se refiere a condiciones más simples que las que caracterizan el complejo de Edipo, sino también que su influencia se extiende ampliamente, y es probable que se extienda a toda la estructura psicobiológica del individuo y que abarque en variados grados tanto su psique como su cuerpo. De esta suerte el concepto de falta básica nos permite comprender no sólo las diversas neurosis (tal vez también psicosis), los desórdenes del carácter, las enfermedades

psicosomáticas, etc., como síntomas de la misma entidad etiológica, sino también —como lo han mostrado las experiencias de investigación sobre la práctica médica general— un gran número de enfermedades "clínicas" comunes (Balint, M., 1957; Balint, M. y Balint, Enid, 1961; Lask, 1 966; Greco y Pittenger, 1966). Con esto quiero significar que a impulsos de la influencia de diversas experiencias emocionales, entre ellas el tratamiento médico, una enfermedad "clínica" puede desaparecer para dar lugar a un desorden psicológico específico, y viceversa.

A mi juicio, el origen de la falta básica puede remontarse a una aguda discrepancia (en las primeras fases formativas del individuo) entre las necesidades biopsicológicas del individuo y los cuidados psicológicos y materiales que se le brindaron, como la atención y el afecto de que fue objeto en los momentos oportunos. Esa discrepancia crea un estado de deficiencia cuyos efectos posteriores parecen sólo parcialmente reparables. La causa de esta discrepancia temprana puede ser congénita, es decir, las necesidades biopsicológicas del infante pueden haber sido excesivas (hay infantes no viables y dolencias congénitas progresivas, como la ataxia de Friedreich o los riñones quísticos) o puede ser ambiental, como cuidados insuficientes, deficientes, fortuitos o una actitud demasiado ansiosa o sobreprotectora o áspera, rígida, groseramente incoherente, inoportuna, sobreestimulante o sencillamente incomprensiva o indiferente.

Como puede verse en mi exposición, pongo el acento en la falta de "ajuste" entre el niño y *las personas* que representan su ambiente. Dicho sea de paso comenzamos nuestro estudio con una análoga falta de "ajuste" entre la técnica del analista, correcta en otras ocasiones, y las necesidades específicas de un determinado paciente; es muy probable que ésta sea una importante causa de dificultades y hasta de los fracasos en que incurren los analistas en su práctica. En la Parte V discutiremos con más detalles este punto.

Pero volvamos a nuestro tema principal; deseo que el lector cobre conciencia de mi tendencia personal, en virtud de la cual mi descripción de los procesos que eventualmente pueden resultar en alguna falta básica serán interpretados desde el punto de vista de una relación objetal. A mi juicio, todos estos procesos se dan en una relación objetal muy primitiva y peculiar que es fundamentalmente distinta de las relaciones comúnmente observadas entre los adultos. Trátase definidamente de una relación de dos personas en

la que sin embargo sólo una de las partes cuenta; sus necesidades y deseos son los únicos que importan y los únicos que deben ser atendidos; la otra parte, aunque sentida como algo inmensamente poderoso, cuenta sólo en la medida en que gratifica las necesidades y deseos de la primera parte o decide frustrarlos; aparte de esto, sus intereses, necesidades, deseos personales, sencillamente no existen. En el capítulo 12 habré de tratar más circunstanciadamente esta relación de dos personas y mostraré cómo se distingue de lo que he llamado amor objetal primario o relación objetal primaria.

CAPITULO 5

EL AMBITO DE LA CREACION

Hasta ahora hemos descrito dos niveles o ámbitos posibles de la psique: el nivel del conflicto de Edipo y el nivel de la falta básica. Para completar el cuadro he de tratar, aunque sólo brevemente, un tercer ámbito antes de ofrecer el resumen de mis ideas sobre la estructura de la psique humana.

Mientras el ámbito del conflicto edípico se caracteriza por la presencia de por lo menos dos objetos, además del sujeto, y mientras el ámbito de la falta básica se caracteriza por una muy peculiar relación exclusivamente de dos personas, el tercer ámbito está caracterizado por el hecho de que en él no está presente ningún objeto externo. El sujeto está librado a sí mismo y su principal interés es el de producir algo en sí mismo; ese algo que ha de producirse puede ser un objeto, aunque no necesariamente. Propongo que se llame este nivel ámbito de creación. Por supuesto, el caso más a menudo tratado es el de la creación artística, pero otros fenómenos pertenecen también al mismo grupo, entre ellos los de la matemática y la filosofía, el fenómeno de penetrar y comprender algo o a alguien; y por último aunque en modo alguno menos importante dos fenómenos de gran consideración: las primeras fases del proceso de "enfermedad" —física o mental— y el proceso de recuperación espontánea de una "enfermedad".

A pesar de los muchos intentos realizados, lo cierto es que muy poco se sabe sobre estos procesos. Una razón obvia de esta pobreza de conocimientos es la circunstancia de que

en todo este ámbito no esté presente ningún objeto exterior, de manera que no puede desarrollarse ninguna relación transferencial. Cuando no se da la transferencia, nuestros métodos analíticos son impotentes y entonces nos vemos reducidos a inferir partiendo de las observaciones que recogemos una vez que el individuo abandonó las fronteras de este ámbito. Apenas aparece en escena un objeto externo, como una obra de arte acabada, una tesis matemática o filosófica, un estudio expresado en palabras, o apenas la enfermedad alcanza el estadio en el que el individuo puede quejarse de ella a alguien, está presente un objeto externo y entonces podemos comenzar a trabajar con nuestros métodos analíticos.

La falta de transferencia también explica por qué nuestros intentos para comprender estos importantes estados del espíritu se han quedado en una fase bastante pedestre. La mayor parte de las teorías analíticas referentes a estos estados —siguiendo el ejemplo del lenguaje— consideran al individuo como una especie de procreador. Todas las lenguas que conozco tienden a describir esos estados con palabras tomadas de los procesos de concepción, embarazo y nacimiento. El individuo concibe una idea, el individuo está preñado de ideas, experimenta los dolores del parto, da a luz algo o aborta, etc. Quizá se deba a la misma falta de transferencia el hecho de que nuestra psicología del embarazo y del parto sea comparativamente tan pobre. En este terreno también tratamos de convertir una situación que evidentemente es de una sola persona en una relación de dos personas a fin de poder emplear nuestros bien probados métodos y nuestras acostumbradas maneras de pensar.

Y aquí volvemos a tropezar con las dificultades que nos crea nuestro lenguaje convencional adulto. Sabemos que en el ámbito de la creación no hay "objetos", pero sabemos también que durante la mayor parte del tiempo —o durante algún tiempo— el sujeto no está enteramente solo en esa esfera. Lo malo es que nuestro lenguaje no posee palabras para describir y ni siquiera para indicar los "algos" que están allí presentes cuando el sujeto no se encuentra completamente solo; a fin de poder hablar de ellos de alguna manera, propongo que usemos el término "preobjeto"; "embrión de objeto" sería demasiado definido; en alemán la expresión *Objekt-Anlage* podría ser una expresión apropiada. Si entendí bien a Bion (1962 y 1963), este autor se encontró frente a la misma dificultad y para este caso espe-

cífico propuso que se hablara de elementos α y β y de función α.

Todo esto indica que los "preobjetos" que existen en el ámbito de la creación deben ser tan primitivos que no pueda considerárselos "organizados" o "completos" o "acabados". Sólo una vez que el trabajo de creación logró hacerlos "organizados" o "completos" puede tener lugar una interacción propiamente verbal o edípica entre ellos y objetos exteriores. Es probable que interacciones más primitivas —propias de los niveles de la falta básica y de la creación— se realicen continuamente, sólo que son difíciles de observar y, por lo tanto, aun más difíciles de describir apropiadamente (Balint, M., 1959, especialmente los capítulos 8 y 11).

Lo único que sabemos es que el proceso de creación —de transformar el "preobjeto" en un objeto propiamente dicho— es impredecible. No sabemos por qué el proceso alcanza éxito en algunos casos y fracasa en otros, por qué tarda prolongados períodos en algunos casos y en otros se produce con la rapidez del relámpago. La historia de la creación artística y científica nos ofrece muchas anécdotas interesantes, pero a eso se reduce todo. Sabemos, por ejemplo, que los problemas del *Fausto* ocuparon a Goethe toda su vida: Comenzó el *Urfaust* cuando tenía veinte años y trabajó en la segunda parte hasta su muerte, acaecida en 1832. La producción habitual de Flaubert era de una a dos páginas por día; necesitó siete años para terminar *Madame Bovary*. Vermeer y Giorgione eran artistas muy lentos y también lo era Beethoven en general. Leonardo trabajó quince años en La Gioconda, para mencionar unos pocos. Por otro lado, Mozart era un compositor veloz [1] (el ejemplo más famoso es el de la obertura de su *Don Giovanni*) y también lo eran Haydn y Bach. Balzac era un escritor muy rápido (como lo es Simenon), y en una época su producción habitual era de una novela por quincena. Una parte muy importante de toda la obra de Van Gogh fue pintada en dos años. Tenemos

[1] "Dos días antes del estreno de su *Don Juan* en Praga, Mozart todavía no había empezado a componer la obertura. Sus amigos, el director de la Opera y los músicos de la orquesta estaban excitados y en suspenso mientras el genio mismo se entregaba despreocupadamente a los placeres de una fiesta. Por la noche puso por escrito la música que no necesitó de ninguna corrección posterior. Mozart dijo luego que toda la composición musical se le había aparecido con claridad en su espíritu súbita y simultáneamente" (Weiss, E., 1957, pág. 213).

alguna idea de que los intensos conflictos del nivel edípico pueden acelerar o reducir la velocidad del proceso creador, pero parece que lo que realmente importa es la configuración mental del individuo, la estructura de su ámbito de creación.

Todo esto es muy poco, especialmente si lo comparamos con nuestro conocimiento de los procesos y mecanismos inconscientes que operan bajo la presión de conflictos. Y ello resulta tanto más notable cuanto que a los analistas se les ofrece una oportunidad única de observar a las personas cuando están absortas en el ámbito de la creación. Pienso en el paciente silencioso, un problema desconcertante para nuestra técnica. La actitud analítica corriente es la de considerar el silencio tan sólo como un síntoma de resistencia a algún material inconsciente derivado del pasado del paciente o de la situación de transferencia de ese momento. Cabe agregar aquí que esa interpretación es casi siempre correcta; el paciente está *huyendo* de algo, generalmente de un conflicto, pero también es cierto que el paciente se *encamina* hacia algo, es decir, hacia un estado en el que se siente relativamente a salvo y en el que puede hacer algo con el problema que lo fastidia o lo atormenta. Ese algo que el paciente habrá eventualmente de producir para presentárnoslo luego es una clase de "creación" —no necesariamente honesta o sincera o profunda o artística—, pero no por eso deja de ser un producto de su creatividad. Verdad es que no podemos estar con él durante el verdadero trabajo de creación, pero podemos estar con el paciente en el momento inmediatamente anterior y en el momento inmediatamente posterior; y además podemos observarlo desde afuera durante su trabajo de creación. Tal vez si pudiéramos modificar nuestro enfoque y dejar de considerar el silencio como un síntoma de resistencia para estudiarlo como una posible fuente de información, podríamos aprender algo más sobre este ámbito de la psique.

Capitulo 6

RESUMEN

Parece, pues, que por lo menos existen tres ámbitos de la psique, cada uno de los cuales se caracteriza, como hubo de proponerlo por primera vez Rickman (1951), por un número. Igualmente podríamos designar estos tres ámbitos como espacios, esferas, campos, niveles o instancias, y quizá podríamos designarlos con otras palabras también. Todos estos términos tienen su propio grupo de asociaciones y yo por mi parte soy lo bastante cauteloso para no pronunciarme en favor de uno de ellos por considerarlo el más apropiado. Por el momento prefiero usar las palabras "ámbito" o "nivel", pero debo admitir que no sé claramente por qué prefiero estas dos.

El más ampliamente conocido de estos tres ámbitos se caracteriza por el número 3 y puede llamarse el *ámbito del conflicto de Edipo*. Con razón se lo ha considerado el complejo nuclear pues todo desarrollo humano —individual o colectivo— debe pasar por él y luego llevará para siempre la marca de la solución que el individuo o la civilización en cuestión encontró en su pugna con los conflictos que entraña dicho nivel. Todo él se caracteriza por el hecho de que cuanto ocurre en ese ámbito comprende, además del sujeto, por lo menos dos objetos paralelos. La fuerza que obra en este nivel tiene la forma de un conflicto que en general reconoce su origen en la ambivalencia creada por la complejidad de las relaciones entre el individuo y sus dos objetos paralelos.

Este es el nivel que conocemos mejor. Y hay dos razones principales de que así sea. Una de las razones es la de que la relación entre el sujeto y sus objetos es muy parecida a la relación de un adulto y la segunda consiste en que el lenguaje adulto es un medio apropiado para describir lo que puede observarse.

El segundo ámbito, según traté de mostrar en esta parte, es profundamente diferente del anterior. Se trata del *ámbito de la falta básica*, caracterizado por el número 2, lo cual significa que en este nivel dos personas, y sólo dos, intervienen. Pero la relación de esas dos personas no es la que se da entre dos adultos; es una relación más primitiva. Otra diferencia entre los dos ámbitos se debe a la naturaleza de la fuerza dinámica que opera en cada uno de ellos. En el ámbito del complejo de Edipo la fuerza asume la forma de un conflicto. En el ámbito de la falta básica la fuerza, aunque en alto grado dinámica, *no* tiene la forma de un conflicto. Como observamos en el capítulo 4, asume la forma de una falta, de algo defectuoso, de algo que falta en la psique y que produce un defecto que debe repararse. Aquí surge una serie de problemas técnicos que me propongo tratar en las Partes III, IV y V. Tal vez la mayor dificultad con que tropieza el intento de realizar una descripción teórica de estos fenómenos sea la relativa inutilidad del lenguaje adulto, según dijimos ya varias veces.

Y por último, tenemos el *ámbito de la creación* que se caracteriza por el número 1. Aquí no está presente ningún objeto exterior y en consecuencia no hay ni relación objetal ni transferencia. Por eso nuestros conocimientos de estos procesos son tan pobres e inciertos. Nuestros métodos analíticos no pueden aplicarse en este ámbito y por eso debemos recurrir a inseguras inferencias y extrapolaciones.

¿Hasta dónde se extienden estos ámbitos dentro de nuestra psique? Esta es una pregunta sumamente interesante, pero sólo puedo darle una respuesta muy incompleta. Es seguro de que los tres ámbitos se extienden por el yo; que lleguen o no al superyó es algo que no puedo decir, y la misma incertidumbre hemos de admitir en lo tocante al ello. Con todo eso, los recientes progresos realizados en la teoría del aparato mental corresponden principalmente o hasta exclusivamente al yo, como se comprueba en los trabajos de Fairbairn, Hartmann y Winnicott; de manera que, en todo caso, no me encuentro en mala compañía.

Antes de dar fin a esta parte del libro deseo agregar cier-

tas advertencias. La primera se refiere a la importancia que tienen nuestras observaciones en la teoría general del desarrollo humano. Generalmente se supone que los fenómenos clínicamente observados en la situación psicoanalítica pueden tomarse como muestras representativas de todo el desarrollo humano (Balint, M., 1956). Aunque no se haya declarado explícitamente, esta idea, en realidad, tiñe muchas de nuestras proposiciones teóricas. Creo que es una idea absolutamente falsa; en primer lugar, no todo lo que ocurre en el desarrollo humano se repite en la situación psicoanalítica; y, en segundo lugar, lo que se repite allí está profundamente deformado por las condiciones que prevalecen en esa situación. Fue Freud quien recomendaba ya que el tratamiento analítico se llevara a cabo en el estado de abstención, es decir, de frustración del paciente. Aunque tal vez podamos no adherirnos incondicionalmente a esta máxima, en general es cierto que durante el tratamiento el paciente debe aceptar más frustración que gratificación. Que se dé la misma desproporción en todo desarrollo humano es algo que primero debe examinarse. Mientras tanto, lo más seguro será suponer que lo que logramos ver en nuestra práctica es un cuadro considerablemente deformado y que la deformación está aportada por nuestra bien probada técnica, que impone frustraciones al paciente y al mismo tiempo impide o inhibe sus gratificaciones. Al descuidar los efectos de esta deformación, la teoría psicoanalítica inevitablemente llegó a exagerar la importancia de la frustración y de la ambivalencia en la psique.

Verdad es que durante el tratamiento analítico se trabaja constantemente con hechos pasados y presentes correspondientes al ámbito del conflicto de Edipo, pero esto se hace principalmente de manera indirecta, por lo que informa verbalmente el paciente. Lo que observamos en forma directa en la situación analítica es una relación de dos personas y, por lo tanto, una parte del ámbito de la falta básica. Luego, por supuesto, expresamos nuestras experiencias valiéndonos del lenguaje adulto, lo cual significa que debemos elevarlas al nivel edípico, al nivel del lenguaje convencional reconocido. Si mis ideas son correctas, este hecho entraña también una buena medida de deformación, lo cual puede ser una explicación de por qué nuestra teoría y nuestra técnica se han separado tanto desde las últimas grandes monografías de Freud. En la Parte I traté de salvar esta brecha y usar nuestras experiencias clínicas para desarrollar una nueva

teoría de la psique y en particular del yo, teoría que incluye la clásica psicología del yo de Freud.

En segundo lugar, deseo recalcar el hecho de que en lo que se refiere a esta parte del libro, dejé enteramente en suspenso la cuestión de la cronología, puesto que no creo que nuestro estado actual de conocimientos sea suficiente para decidir este molesto problema. Sería tentador, pero ciertamente falso, suponer que lo lógicamente simple es necesariamente lo cronológicamente anterior; así llegamos a una secuencia: primero, el nivel de la creación, luego el nivel de la falta básica y por último el nivel del complejo de Edipo. Como sabemos por la embriología, a menudo ocurre que durante el desarrollo una estructura compleja al principio se va simplificando gradualmente o hasta llega a perderse por completo en un estadio posterior (véase Balint, M., 1959, capítulo 7). De manera que es concebible que el nivel más temprano pueda ser el del amor primario y con él el nivel de la falta básica y que, por una parte, el nivel del conflicto edípico se desarrolle en virtud de diferenciación y, por otra, el nivel de la creación se desarrolle en virtud de simplificación.

Mi plan consiste en adoptar esta última idea como hipótesis de trabajo y examinar si podemos llegar a comprender mejor sobre esta base algunos de nuestros desconcertantes problemas teóricos y técnicos.

En el terreno teórico tenemos dos viejos problemas muy interrelacionados, el narcisismo y la regresión. Aunque ambos tienen conexiones con el ámbito del complejo de Edipo, fundamentalmente pertenecen al ámbito de la falta básica. Como este hecho no pudo ser apropiadamente evaluado, la aparición de rasgos narcisistas o regresivos en la situación transferencial fue considerada en general como un signo ominoso. En las Partes II y III tendremos que examinar hasta qué punto esta generalización estaba justificada y en qué clase de casos demostró ser incorrecta. Después de limpiar así nuestro camino nos ocuparemos de las implicaciones técnicas en las últimas dos Partes del libro.

PARTE II

NARCISISMO PRIMARIO Y AMOR PRIMARIO

Capitulo 7

TRES TEORIAS DE FREUD

Es un hecho curioso pero fácilmente verificable el que durante muchos años Freud mantuvo tres concepciones, que se excluyen recíprocamente, sobre la relación más primitiva del individuo con su ambiente. La más antigua de estas concepciones apareció publicada en 1905 en *Tres ensayos sobre una teoría sexual* y permaneció sin modificaciones en todas las ediciones posteriores, aunque es digno de notarse que este libro y *La interpretación de los sueños* fueron los únicos que Freud trató de mantener al día, pues los revisó y los corrigió en cada nueva edición a fin de incluir en ellos todos los descubrimientos realizados en los años transcurridos desde la edición anterior. Resulta curioso que este pasaje que citaremos a continuación pertenezca a la sección última del ensayo final y tercero que lleva en alemán el subtítulo *Die Objektfindung*, frase bellamente concisa que tuvo que traducirse al inglés de un modo algún tanto torpe como "The Finding of an Object" [El encuentro de un objeto] (Standard Edition, VII, pág. 222).

Freud dijo: "En el momento en que los primeros comienzos de la satisfacción sexual están todavía vinculados con la toma de alimento, *el instinto sexual tiene un objeto sexual fuera del cuerpo del niño* en la forma del pecho de la madre. Sólo *después* ese instinto pierde tal objeto, tal vez en el momento en que el niño es capaz de formarse una *idea total de la persona* a la que pertenece el órgano que le está dando satisfacción. *Como regla general el instin-*

to sexual se hace entonces autoerótico, y la relación original no se restaura hasta no haber pasado el período de latencia. Hay pues buenas razones para considerar al niño que mama del pecho de su madre el prototipo de toda relación de amor. El encuentro de un objeto es en realidad un reencuentro del objeto". (La bastardilla es mía.)

Haría yo dos observaciones sobre la traducción inglesa que en todo lo demás es excelente. La última oración tiene una gran belleza en alemán *"Die Objektfindung ist eigentlich eine Wiederfindung"*. La traducción inglesa (*The finding of an object is in fact a refinding of it*) es una pálida versión de la vigorosa y categórica forma original alemana. Aunque no del todo correcta y algún tanto más libre –pero a mi juicio también más fiel– mi traducción sería: "Todo descubrimiento de objeto es en realidad un redescubrimiento". Mi segunda observación se refiere a la frase *anfänglichste Sexualbefriedigung* que es incomparablemente más enfática que la correcta traducción inglesa *"the very first beginnings of sexual satisfaction"* (los primeros comienzos de la satisfacción sexual); tal vez una traducción más fiel sería "la primerísima satisfacción sexual".

Como dijimos, este pasaje quedó sin modificar, pero en 1915 Freud agregó una nota de pie de página para llamar la atención sobre el descubrimiento de una manera *más* de encontrar un objeto, la manera narcisista. Es fácil mostrar que durante muchos años, después de haber presentado la teoría psicoanalítica del narcisismo, Freud no se propuso abandonar la idea de una relación objetal primaria en favor del narcisismo primario.

Para probar esto que digo citaré dos pasajes de los escritos de Freud redactados durante esos años. Uno procede de la Vigesimoprimera Conferencia de su *Introducción al psicoanálisis*, conferencias que, como se sabe, fueron pronunciadas en 1916-17 y publicadas por primera vez en esos mismos años. Freud dice primero que ciertos instintos parciales de sexualidad, como el sadismo, la escopofilia y la curiosidad, tienen un objeto desde el comienzo mismo. Luego continúa diciendo: "Otros instintos, más definidamente vinculados con determinadas zonas erógenas del cuerpo, tienen un objeto al principio y sólo mientras están aún vinculados con las funciones no sexuales, pues abandonan ese objeto cuando se separan de ellas". Freud se refiere aquí particularmente al instinto parcial oral; y luego declara: "El instinto oral *se hace autoerótico*, como lo son el instinto anal y

otros instintos erógenos desde el principio. El desarrollo ulterior, para decirlo del modo más conciso posible, tiene dos objetivos: primero, el abandono del autoerotismo, y aquí el cuerpo propio del sujeto es reemplazado de nuevo por un objeto exterior, y segundo, la unificación de los varios objetos de los diferentes instintos que son reemplazados por un solo objeto" (Standard Edition, XVI, págs. 328-329).

El otro pasaje corresponde a un artículo de Freud sobre psicoanálisis publicado en el *Handwörterbuch der Sexualwissenschaft* de M. Marcuse, y conviene tener en cuenta que el pasaje pertenece a la sección que lleva el subtítulo de "El proceso de encontrar un objeto". "En primera instancia el instinto parcial oral halla satisfacción entregándose a saciar el deseo de alimento y su objeto es el pecho de la madre. Luego se separa, se hace independiente y al propio tiempo *autoerótico*, es decir, encuentra un objeto en el propio cuerpo del niño" (Standard Edition, XVIII, pág. 234. La bastardilla pertenece al original). Sabemos que este artículo fue escrito en 1922, poco antes del Congreso de Berlín, el último al que asistió Freud y en el cual anunció sus nuevas ideas sobre la estructura de la psique, ideas que luego condujeron al desarrollo de lo que se llama ahora psicología del yo. Y, como lo prueba el pasaje citado, Freud no abandonaba la idea de la relación objetal primaria.

Las otras dos teorías sobre la relación más primitiva del individuo con su ambiente fueron publicadas por primera vez en el artículo de Freud "Sobre el narcisismo, una introducción", en 1914, aunque la más antigua de las dos tenía varios antecedentes en los años anteriores[1]. Esta teoría más antigua está enunciada en el artículo de 1914 de manera muy categórica sin reservas de ninguna naturaleza. En la primera sección, Freud se pregunta "¿Cuál es la relación del narcisismo, al que nos estamos refiriendo ahora, con el autoerotismo que hemos considerado *un* estado temprano de la libido?" y responde del modo siguiente: "Puedo afirmar que nos vemos llevados a suponer que una entidad comparable al yo no puede existir en el individuo desde el comienzo; el yo tiene que desarrollarse. Pero los instintos autoeróticos están presentes desde el comienzo mismo; de ma-

[1] Véase el análisis de Schreber que se cita a continuación, *Leonardo da Vinci* (1910) (Standard Edition, XI, pág. 100) y *Totem and Tabu* (1913) (Standard Edition, XIII, págs. 88-90).

nera que debe agregarse algo al autoerotismo —una nueva acción psíquica— para que se dé el narcisismo" (Standard Edition, XIV, págs. 76-77. La bastardilla es mía).

Por otro lado, Ernest Jones (*Sigmund Freud*, II, pág. 304) nos dice que en la primera ocasión en que Freud empleó el término "narcisismo", el 10 de noviembre de 1909, en una reunión de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, lo hizo con el sentido que tiene en la cita que acabamos de hacer. Freud declaró que "el narcisismo era una fase intermedia necesaria en el paso del autoerotismo al aloerotismo". Esto está de acuerdo con un pasaje del análisis de Schreber (Standard Edition, XII, págs. 60-61. La bastardilla es mía). "Investigaciones recientes han dirigido nuestra atención hacia una fase del desarrollo de la libido que está a mitad de camino entre el autoerotismo y el amor objetal. Se ha dado el nombre de narcisismo a esta fase. . . *Esta fase intermedia entre el autoerotismo y el amor de objeto* tal vez sea normalmente indispensable; pero ocurre que muchas personas permanecen un tiempo anormalmente largo en ese estado y llevan muchos rasgos de él a las fases posteriores de su desarrollo". Este pasaje publicado en 1911 es, dicho sea de paso, la tercera ocasión en que Freud empleó la palabra "narcisismo" en forma impresa; la segunda vez fue en el artículo sobre Leonardo. Volveremos a ocuparnos ahora de la primera ocasión en que Freud usó este término.

Y aquí trataré dos puntos. Primero, la descripción que hace Freud en estos dos pasajes es inequívoca. La forma más primitiva de relación del individuo con su ambiente es el autoerotismo. Al autoerotismo sigue la fase narcisista, a partir de la cual se desarrollan luego las relaciones objetales. Evidentemente éste es el desarrollo que conduce al tipo de elección de objeto que posteriormente Freud llama narcisista en su artículo "Sobre el narcisismo". Este desarrollo debería considerarse como una alternativa o como un paralelo del desarrollo descrito anteriormente —en los *Tres ensayos* y en los otros escritos que hemos citado— que comienza con la relación objetal primaria y lleva a una elección de objeto, caracterizada por Freud como anaclítica.

El segundo punto es éste: en el pasaje que acabamos de citar Freud declara que el narcisismo es esencialmente un fenómeno secundario, una fase intermedia. Sea lícito repetir aquí las palabras del caso: "Debe agregarse al autoerotismo —una nueva acción psíquica— para que se dé el narcisismo". Nótese que no se hace ninguna salvedad a esta afir-

mación. Y esto resulta tanto más sorprendente cuanto que esta cita procede de los dos párrafos que siguen inmediatamente al pasaje en que Freud usó por primera vez[2] su famosa metáfora de la ameba: "De suerte que nos formamos la idea de que existe una catexia libidinal original del yo, de la cual cierta parte es luego cargada a objetos, pero que fundamentalmente persiste y corresponde a las catexias objetales, así como el cuerpo de una ameba corresponde a los seudópodos que emite" (Standard Edition, XIV, pág. 76). Volveré a tratar esta contradicción después de haber descrito la tercera teoría de Freud.

Es notable que el artículo "Sobre el narcisismo" que expuso esta teoría no contenga una descripción concisa del narcisismo primario pero, como se sabe, el narcisismo primario llegó a convertirse en la teoría corriente para describir la relación más primitiva del individuo con su ambiente, y Freud se remitió a ella una y otra vez en sus últimos escritos. Es interesante tener en cuenta que esa teoría no sufrió ningún cambio en los restantes veinticinco años de trabajo activo de Freud. Para probarlo permítaseme hacer otras dos citas. Una procede de un agregado a los *Tres ensayos* con motivo de la tercera edición que apareció en 1915: "La libido narcisista o del yo parece ser el gran depósito del que se emiten las catexias objetales y al cual vuelven a retirarse; la catexia libidinal narcisista del yo es el estado de cosas original, alcanzado en la primera infancia y queda tan sólo oculto por las posteriores extrusiones de libido, pero en lo esencial persiste detrás de ellas" (Standard Edition, VII, pág. 218).

El otro pasaje pertenece a la última obra, inconclusa, de Freud, *Compendio del psicoanálisis*, escrita en 1938 y 1939; en el segundo capítulo que lleva el subtítulo de "La teoría de los instintos" se lee: "Es difícil decir algo sobre el comportamiento de la libido en el ello y en el superyó. *Todo lo que sabemos sobre ella corresponde al yo en el cual está almacenado primero todo el monto disponible de libido. Podemos llamar a este estado narcisismo primario, absoluto.* Este estado dura hasta que el yo comienza a cargar las ideas de objeto con libido, a transformar la libido narcisista en libido objetal. Durante toda la vida el yo continúa siendo el gran depósito del que parten las catexias libidinales a los objetos y al cual se retiran también luego,

[2] Véase sin embargo *Totem and Tabu* ya citado.

así como una ameba se comporta con sus seudópodos. Sólo cuando una persona está completamente enamorada, el monto principal de libido se transfiere al objeto y el objeto hasta cierto punto toma el lugar del yo'' (Standard Edition, XXIII, págs. 150-151. La bastardilla es mía). La descripción ofrecida aquí con las propias palabras de Freud se ha convertido en la versión oficial y es la que se enseña en todos los institutos psicoanalíticos del mundo.

Capitulo 8

CONTRADICCIONES INTERNAS

Estas tres teorías, *amor objetal primario, autoerotismo primario* y *narcisismo primario*, aparentemente están en contradicción entre sí y, que yo sepa, Freud nunca consideró por escrito esta contradicción; por el contrario existen pruebas impresas de fecha tan tardía como 1923 de que Freud sostenía las tres teorías simultáneamente. Esto sólo puede significar que no las consideraba contradictorias o que se excluyeran recíprocamente.

Antes de comenzar a tratar este desconcertante problema, deberíamos recordar que el psicoanálisis que sigue fielmente a Freud emplea el término narcisismo para designar dos estados similares que empero distan mucho de ser idénticos. Uno de ellos —llamado por Freud narcisismo primario o absoluto— deriva de una hipótesis, no de una observación clínica; se *supone* que al principio toda la libido está depositada en el yo. . . o en el ello. El otro estado, por lo general llamado sencillamente narcisismo, aunque debería llamárselo propiamente narcisismo secundario, *puede ser observado clínicamente*; es un estado en el que algo de la libido o hasta una gran parte de la libido, que antes catectizó objetos externos, es retirada de ellos para catectizar ahora el yo, claramente *no* el ello. Esta distinción habrá de tener gran importancia en los siguientes capítulos de la Parte II.

Freud, sin mencionar siquiera la necesidad de resolver o por lo menos conciliar las contradicciones inherentes a las tres teorías, ya había intentado una síntesis de las tres en

su *Introducción al psicoanálisis* en 1917. En la Vigésimo Sexta Conferencia que lleva como subtítulo "La teoría de la libido y el narcisismo", Freud dice: "Hasta ahora tuve muy pocas oportunidades de hablarles sobre los fundamentos de la vida erótica a medida que íbamos descubriéndolos y ahora es demasiado tarde para reparar la omisión. Sin embargo, puedo decirles lo siguiente: la elección de objetos, el paso en el desarrollo de la libido que sigue a la fase narcisista, puede realizarse según dos tipos diferentes: o bien según el *tipo narcisista*, de conformidad con el cual el yo del sujeto es reemplazado por otro que es lo más semejante posible a él, o bien según el *tipo de adhesión o apoyo (Anlehnungstypus*, que suele traducirse como 'tipo anaclítico'), de conformidad con el cual las personas que se han hecho preciosas por satisfacer las otras necesidades vitales son elegidas también como objetos por la libido" (Standard Edition, XVI, pág. 426).

Agregaré otra cita del mismo capítulo: "El autoerotismo sería pues la actividad sexual de la fase narcisista de colocación de la libido" (*op. cit.*, pág. 416).

Sin duda Freud nos dio aquí una teoría aparentemente comprensiva: la fase más primitiva es el narcisismo primario, a partir del cual se desarrollan todas las otras organizaciones de la libido como fases ulteriores. A pesar de todas sus ventajas de simplicidad y plausibilidad, esta teoría no resuelve las contradicciones fundamentales a que nos hemos referido; además crea nuevos e innecesarios problemas. Para dar validez a esta afirmación debo mencionar una curiosa nota de pie de página que Freud agregó al tercer capítulo de *El yo y el ello*, que se publicó por primera vez en 1923 (el mismo año en que apareció el artículo de la Enciclopedia en el cual tornaba a afirmar la naturaleza primaria del amor objetal). El subtítulo del capítulo es "El yo y el superyó" y la nota se refiere a la primera parte de ese capítulo. Allí Freud describe los cambios que pueden producirse en el yo una vez que el ello *–no* el yo, según se postuló en el pasaje citado de *Esquema del psicoanálisis–* se vio forzado a desistir de uno de sus objetos de amor; esos cambios son la introyección y la identificación: "Ahora que hemos distinguido entre el yo y el ello, debemos reconocer el ello como el gran depósito de libido al que me referí en mi artículo sobre el narcisismo. La libido que fluye hacia el yo por obra de las identificaciones arriba descritas produce su 'narcisismo secundario'" (Standard Edition, XIX, pág. 30).

En el capítulo 4 del libro, Freud vuelve a exponer esta idea en una forma aun más inequívoca si ello es posible: "Al comienzo, toda la libido está acumulada en el ello, mientras que el yo se halla todavía en proceso de formación o es aún endeble. El ello emite parte de esta libido en catexias objetales eróticas, en virtud de lo cual el yo, ahora fortalecido, trata de apoderarse de esta libido objetal y de imponerse al ello como objeto de amor. El narcisismo del yo es, pues, un narcisismo secundario, que ha sido retirado de los objetos" (*op. cit.* pág. 46).

La finalidad obvia de estos dos pasajes es la de clarificar una situación incierta a la luz de nuevos descubrimientos, y hasta cierto punto estos pasajes consiguen hacerlo —aunque como en seguida veremos sólo transitoriamente—, pero al mismo tiempo suscitan otros problemas y contradicciones. Se nos dice ahora que el gran depósito de la libido es el ello y no el yo, como afirmó Freud antes y después de la publicación de *El yo y el ello*; se nos dice además que las catexias libidinales del yo, especialmente aquellas de las partes del yo que se han modificado por introyección e identificación, se clasifican definitivamente como narcisismo secundario, por temprana que sea la fase de la vida en que esto pueda ocurrir. Evidentemente la cuestión que se impone en seguida sería: ¿Hay, pues, un narcisismo primario en el yo? Lo curioso es que Freud no se formula aquí esta pregunta.

¿Cuál es, pues, el lugar del narcisismo primario? ¿Y cuál es el papel del narcisismo primario? ¿Pueden integrarse estos dos pasajes con la versión corriente, tal como aparece en el pasaje citado del *Esquema del psicoanálisis*, según la cual todo lo que sabemos sobre la libido corresponde al yo, en el cual al principio está acumulado todo el monto accesible de libido? Llamamos a este estado "narcisismo absoluto, primario".

James Strachey intenta dar una solución a esta contradicción en un artículo en forma de nota sobre *El yo y el ello* que lleva el título de "El gran depósito de la libido".[1] Strachey sugiere que posiblemente Freud, sin advertirlo, usó la expresión "el gran depósito de la libido" en dos sentidos diferentes: a) para designar una función semejante a

[1] Deseo expresar mi agradecimiento por el privilegio de haber podido consultar esa nota dactilografiada. Luego apareció publicada en Standard Edition, volumen XIX.

la de un tanque de almacenamiento y b) para designar otra función como la de una fuente de abastecimiento. Evidentemente el primer sentido se refiere al yo, en tanto que el segundo se refiere al ello. Es ésta una hipótesis en alto grado plausible, y muy *a la* Freud, pues si se la aceptara quedaría resuelta una contradicción. Pero lo cierto es que Freud nunca pensó en ella y aunque la hipótesis considere el ello como la fuente del narcisismo primario, deja sin resolver lo que es catectizado por el narcisismo primario. Eso no puede ser el yo —en las primeras fases de la vida es cuestionable que exista un yo para catectizar— ni tampoco puede ser el ello; este supuesto volvería a mezclar otra vez la "fuente de abastecimiento" y el "tanque de almacenamiento" que Strachey precisamente había separado (Hartmann, H., 1956, pág. 433).

Otra posibilidad sería la de aceptar la crítica bastante severa de Hartmann de que "Freud, como hicieron otros, a veces empleó el término 'yo' en más de un sentido y no siempre en el sentido en que estaba mejor definido. En ocasiones. . . el término 'yo' llegó a ser sinónimo de 'la propia persona de uno' o del 'sí-mismo' ".

Luego Hartmann propone distinguir dos significaciones del término "yo": "una referente a las funciones y catexias del yo como sistema (a diferencia de las catexias de diferentes partes de la personalidad), y la otra referente a la oposición de la catexia de la propia persona de uno a la de otras personas (objeto). Pero la palabra 'narcisismo' se empleó para designar la catexia libidinal tanto del yo como de la propia persona de uno. En ese uso se originó también la formulación que frecuentemente encontramos de que al comienzo de la vida toda la libido está en el yo y que posteriormente parte de ella es emitida para catectizar el objeto. En este caso parece perfectamente claro que Freud pensaba que la catexia de la propia persona de uno precede a la del objeto; por lo menos en aquella época Freud no creía que algo comparable al yo estuviera presente en el nacimiento". Hartmann concluye diciendo "esto significaría que, en cuanto a la definición del narcisismo, la distinción de la catexia libidinal de la propia persona de uno, por un lado, y, por otro, la catexia de los objetos es el elemento esencial".

Podemos poner varias objeciones a esta proposición. La primera consiste en que ella incurre en una petición de principios. Debemos afrontar aquí el hecho embarazoso de que

nuestra actual teoría del aparato mental y la teoría del narcisismo primario nos llevan a contradicciones aparentemente insolubles; Hartmann trata entonces de salvar la situación introduciendo un concepto *ad hoc* en lugar de examinar lo que tienen de equivocado las dos teorías o en todo caso una de ellas. Habremos de volver a considerar luego este paso metodológico. Mientras tanto examinemos la significación del nuevo concepto: "la catexia libidinal de la propia persona de uno". Pero antes debemos definir "la propia persona de uno". ¿Será la suma total de la conciencia y del preconsciente? ¿Abarca ella todo el yo y el superyó o sólo aquellas partes de esas dos instancias que son conscientes mientras excluye totalmente el ello? ¿O abarcará también al ello? Pero en este último caso debemos preguntarnos cómo puede ser esto posible, puesto que en general uno no tiene acceso consciente al ello y por lo tanto es difícil entender cómo pueda ser sentido como "sí-mismo". Creo que es lícito afirmar que "la propia persona de uno" o el "sí-mismo" son conceptos vagos y nebulosos, como "carácter", "personalidad", etc.; todos ellos son términos confusos y mal definidos, muy útiles para salir del paso en alguna oportunidad, pero quizás inadmisibles como vías de escape de una dificultad teórica.

Si aceptáramos esta nueva terminología propuesta originalmente por Hartmann, Kris y Loewenstein desaparecerían muchas —aunque no todas— de las contradicciones internas de la teoría del narcisismo primario. Pero de todos modos debemos hacernos dos preguntas: ¿No se siguen nuevas complicaciones de esta terminología revisada? ¿Y la habría aceptado Freud? Ninguna de estas preguntas es difícil de contestar. Una definición de narcisismo como la catexia libidinal del sí-mismo nos obligaría a distinguir, además de la forma general de narcisismo del sí-mismo, las clases especiales de narcisismo del ello, narcisismo del yo y narcisismo del superyó y posiblemente cada una de ellas tendría una forma primaria y una forma secundaria. Aunque esta subdivisión aparentemente precisa pudiera resultar ventajosa en el futuro —siempre que el sí-mismo pueda ser apropiadamente definido para distinguirlo del yo, del ello y del superyó—, por el momento sólo veo que de ella derivan innecesarias complicaciones *teóricas*.

Esta nueva terminología no disipa nuestras dudas *clínicas* sobre la naturaleza primaria de cualquiera de estos nuevos tipos de catexias narcisistas. A menos que supongamos

que no sólo la *Anlage* sino también algunas partes importantes del superyó están preformadas filogenéticamente, su catexia debe ser secundaria, derivada de las catexias de los objetos que habían sido introyectados ontogenéticamente, según dice Freud en *El yo y el ello*. Si aceptamos la idea de Freud de que el yo debe desarrollarse en virtud de un proceso de maduración, luego su catexia debe desarrollarse aproximadamente al mismo ritmo, es decir, no puede ser primaria. Nos queda ahora el narcisismo del ello como un posible estado primario. Podemos imaginar sin muchas dificultades, como lo imaginó James Strachey, el ello como la *fuente* —hasta como el depósito— de toda la libido, pero no como su objeto original. La libido se ha descrito siempre como una corriente o río, como un fluir; es difícil concebir que la fuente y la meta de una corriente sean idénticas a menos que la corriente salga de su fuente, avance en una dirección, luego cambie de dirección y retorne al punto del cual partió; pero este cuadro sólo se ajustaría a lo que llamamos narcisismo secundario. Por otro lado, una fuente sin una salida determinaría una creciente tensión, y posiblemente en esto pensaba Freud cuando escribió: "en última instancia, debemos comenzar a amar para no caer enfermos, y fatalmente caeremos enfermos si, como consecuencia de la frustración, somos incapaces de amar" (Standard Edition, XIV, pág. 85).

Este problema de definir topográficamente la parte del aparato mental catectizado por el hipotético narcisismo primario —a diferencia de la *fuente* de toda la libido— nunca fue resuelto por Freud y, a mi juicio, la proposición de Hartmann, Kris y Loewenstein sólo lo hace a un lado, pero no lo resuelve realmente. Verdad es que si comparamos los dos pasajes de *El yo y el ello* con, por ejemplo, un pasaje de los *Tres ensayos* y otro del *Esquema del psicoanálisis* que ya citamos, debemos admitir que la proposición de Hartmann, Kris y Loewenstein parece bien fundada. En este sentido la introducción del concepto de "sí-mismo" es útil, pues pone orden en una teoría aparentemente desaliñada, pero debemos preguntarnos si la proposición no hace alguna otra cosa además. Especialmente debemos preguntarnos si sobre su base podemos predecir nuevas observaciones clínicas o si ella puede ayudarnos a explicar fenómenos clínicos bien establecidos que hasta ahora son inexplicables. La respuesta a estas dos preguntas es negativa. Por lo demás, la introducción del "sí-mismo" ni siquiera hace el

intento de resolver la importante contradicción en la cronología a que nos referimos en el capítulo 11.

A pesar de la severa crítica de Hartmann, Freud era cualquier cosa menos un escritor descuidado; de manera que debe de haber alguna razón por la cual Freud retornaba siempre a referirse a la catexia del yo cuando hablaba de narcisismo. Por eso me adhiero a la opinión de Eduardo Weiss cuando expresa fuertes dudas de que Freud hubiera aceptado las nuevas proposiciones de Hartmann, Kris y Loewenstein. Aunque hay que admitir que Freud nunca aspiró a ser un brillante teórico, era claramente un impecable observador clínico; e invariablemente comprobé que cuanto más estrechamente examina uno sus descripciones clínicas tanto más impresionado queda por su verdad y profundidad. Por eso sostengo que la causa de esta contradicción interna en la teoría del narcisismo primario no es el uso descuidado de conceptos ni la incapacidad de ver con claridad y definir con exactitud, sino que la causa es que Freud no estaba dispuesto a abandonar o modificar observaciones clínicas en beneficio de una pulcra teoría. La razón por la cual invariablemente retornaba siempre a la catexia del yo por la libido cuando hablaba del narcisismo es sencillamente la de que esto es lo que puede *observarse*; todo lo demás es especulación, plausible o falsa, pero no un hecho clínico observable.[2]

[2] Es también posible que la idea de narcisismo primario fuera un intento de resolver un conflicto psicológico personal. En innumerables ocasiones Freud se refirió en sus escritos al intenso apego que tenía por su madre: el tipo anaclítico de elección de objeto. También sabemos que tenía profunda adhesión por hombres, una tendencia poderosa que duró toda su vida y que comenzó ciertamente ya a los dos años de edad cuando se sintió tan atraído por su sobrino Juan, si no antes: tipo narcisista de elección de objeto. En la vida de Freud hay muchas indicaciones (entre ellas su largo noviazgo y su tardío casamiento) que muestran que encontraba considerables dificultades cuando trataba de hallar una solución satisfactoria a este conflicto. Es concebible que la teoría del narcisismo primario, independientemente de su valor científico, tuviera la finalidad adicional de hacer a un lado esos dos anhelos y tendencias en conflicto y de erigir en el lugar que había quedado vacío una tranquilizante estructura teórica libre de conflictos, en todo caso para su creador.

Capitulo 9

HECHOS CLINICOS SOBRE EL NARCISISMO

Sigamos a Freud que en su artículo "Introducción al narcisismo" nos advertía que las ideas especulativas o teóricas "no son el fundamento de la ciencia, no son aquello sobre lo que descansa todo, sino que ese fundamento es solamente la observación. Tales ideas no son la base sino que son el remate de toda la estructura y pueden ser reemplazadas y descartadas sin dañarla" ("Introducción al narcisismo", Standard Edition, XIV, pág. 77). Atendiendo a esta advertencia examinemos ahora las observaciones clínicas que adujo Freud para probar la existencia del narcisismo en su artículo de 1914. Los defensores de la teoría dirán en primer lugar, como dijo Freud, que las observaciones clínicas no pueden ni probar ni refutar la existencia del narcisismo primario, puesto que éste es sólo una teoría; luego darán, como hizo Freud, observaciones clínicas para hacer que la teoría resulte *aceptable*. En este capítulo tengo la intención de mostrar que las observaciones en que basaban Freud y los teóricos posteriores la hipótesis del narcisismo primario prueban sólo la existencia del narcisismo secundario. Puede relacionarse con esas observaciones una teoría del narcisismo primario, pero no hacerlo derivar de ellas.

En el artículo citado, Freud enumeró cinco hechos clínicos en los cuales basó su teoría del narcisismo, aunque, en realidad, usó ocho hechos en apoyo de su argumentación. Primero menciona el estudio de la esquizofrenia y de la homosexualidad y luego dice: "Otros medios. . . con los

que podemos alcanzar un conocimiento mejor del narcisismo son el estudio de las enfermedades orgánicas, de la hipocondría y de la vida erótica de los sexos" (*op. cit.*, pág. 82). Los otros tres hechos no mencionados pero usados en la argumentación son: 1) las varias sobrevaluaciones —psicóticas y normales— de sí mismo y del objeto, 2) el dormir y 3) observaciones de niños pequeños e infantes. No puede haber duda alguna de que en el caso de una enfermedad orgánica o de la hipocondría nos encontramos ante el narcisismo secundario, es decir, con la libido retirada de los objetos; pero, ¿qué decir sobre las otras observaciones clínicas?

Comenzaremos considerando las observaciones relativas a la homosexualidad y a la vida erótica de los sexos. Después de referirse a su teoría del "encuentro de un objeto" expuesta en los *Tres ensayos*, Freud continúa diciendo: "Pero junto a este tipo y fuente de elección de objeto, que puede llamarse tipo 'anaclítico' o 'de apoyo o adhesión', la investigación psicoanalítica reveló un *segundo tipo* que no esperábamos encontrar. Hemos descubierto, *de manera especialmente clara en personas cuyo desarrollo libidinal sufrió alguna perturbación*, como los pervertidos y los homosexuales, que en su elección ulterior de objetos de amor tomaron como modelo no a su madre sino a ellos mismos". Freud se refiere aquí al tipo narcisista de elección de objeto. Termina el párrafo así: "Con esta observación tenemos la más poderosa de las razones que nos llevó a adoptar la hipótesis del narcisismo" (Standard Edition, XIV, pág. 87. La bastardilla es mía).

¿A qué forma de narcisismo se refiere aquí Freud? El pasaje que puse en bastardilla sugiere que se trata del narcisismo secundario. Esta suposición está de acuerdo con el hecho de que al describir el tipo anaclítico Freud cita un desarrollo que puede llamarse normal, en tanto que al describir el tipo narcisista debe aducir dolencias gravemente patológicas. Si uno acepta el narcisismo primario como una fase del desarrollo normal resulta bastante extraño que ningún tipo normal parezca derivar de él.

Otro argumento en apoyo de mi tesis de que el tipo narcisista de elección objetal depende del narcisismo secundario y no del narcisismo primario, puede encontrarse en el histórico pasaje en el cual Freud empleó por primera vez en forma impresa la palabra "narcisismo". Lo hizo en una nota de pie de página agregada en 1910 a los *Tres ensayos:*

". . . En todos los casos que examinamos establecimos el hecho de que los futuros invertidos pasan en los primeros años de su niñez a través de una fase muy intensa pero breve de fijación a una mujer (generalmente su madre) y que, después de dejar atrás esta fase, se identifican con una mujer y se toman a *sí mismos* como su objeto sexual. Es decir, proceden de una base narcisista y buscan a un joven que se les parezca y a quien *ellos* puedan amar, así como *los* amó su madre" (Standard Edition, VII, pág. 145. La bastardilla pertenece al original). También ésta es una afirmación bien categórica. Además, está basada en observaciones que fueron confirmadas por todo aquel que haya analizado a homosexuales. Este constituye el argumento más poderoso posible en favor de la naturaleza secundaria del tipo narcisista de elección de objeto.

Luego hay otro grupo de observaciones clínicas que, si bien no aparece explícitamente mencionado en la enumeración, es usado ampliamente por Freud para probar la existencia del narcisismo; ese grupo comprende toda clase de sobrevaluaciones ilusorias que van desde la megalomanía psicótica a la sobrevaluación de uno mismo o de los objetos de amor de uno y hasta la idealización. Es evidente que en todo caso de sobrevaluación de un objeto externo la primera catexia es por la libido objetal que, en un segundo paso, puede estar reforzada por la libido narcisista, lo cual ciertamente no es prima facie un argumento en favor de narcisismo primario; la megalomanía psicótica ofrece un argumento aun más fuerte en favor de la naturaleza secundaria del narcisismo. Análogamente resulta fácil mostrar que la formación del ideal del yo y, a decir verdad, toda idealización, depende del narcisismo secundario.[1] Todo ideal comienza por la internalización de algo derivado de objetos externos y modelado según éstos, generalmente las figuras parentales. Esta operación se llama introyección; no podemos sino admitir que sólo importantes objetos externos pueden introyectarse: los objetos fuertemente catectizados por la libido.

Estrechamente relacionado con el fenómeno de la idealización está el de la sobrevaluación de uno mismo observada en los pueblos primitivos y en niños; en la teoría analítica habitualmente se llama "omnipotencia" a este tipo de so-

[1] Véase también *El yo y el ello*, capítulo III.

brevaluación. En ocasiones esta expresión se atenúa explícitamente con adjetivos tales como "ilusoria" o "alucinatoria" pero la significación de sobrevaluación está siempre implícita cuando se emplea el término "omnipotencia". En sí mismo esto sugiere que semejante observación clínica, por lo demás bien atestiguada, es secundaria por su naturaleza, o sea, subsiguiente a la frustración. Además, si los adultos, o también los niños, que muestran actitudes omnipotentes son analizados, se descubre invariablemente que esa omnipotencia es en verdad un desesperado intento de defenderse contra la abrumadora sensación de impotencia. Que yo sepa, los datos antropológicos sobre pueblos primitivos están de acuerdo con esa explicación. Por otra parte, como nuestras ideas sobre la omnipotencia infantil se basaban principalmente en extrapolaciones de hechos observados en adultos o en niños mayores, creo que no deben usarse sin mayores pruebas en favor de la existencia del narcisismo primario, sino que sólo pueden usarse en favor de la existencia del narcisismo secundario.

El siguiente fenómeno clínico usado por Freud para probar la existencia del narcisismo es el acto de dormir que, hecho curioso, Freud no incluyó en la enumeración que ya mencionamos; se refirió al dormir —casi como si se tratara de un pensamiento que se le hubiera ocurrido después— al final de su discusión sobre los cambios que se producen en la distribución de la libido durante el curso de enfermedades orgánicas.

Freud dice: "En ambos estados tenemos, si no otra cosa, ejemplos de cambios en la distribución de la libido que son consiguientes al cambio registrado en el yo" (Standard Edition, XIV, pág. 83). Esta impecable descripción clínica sugiere que semejantes estados narcisistas son de naturaleza secundaria.

Indiscutiblemente el acto de dormir, tanto desde el punto de vista biológico como desde el punto de vista psicológico, exhibe una serie de rasgos muy primitivos. En consecuencia, desde *La interpretación de los sueños* fue uno de los ejemplos de regresión más frecuentemente citados, y a menudo se ha sostenido que el dormir, especialmente el dormir sin sueños, debería considerarse en el individuo normal como una de las aproximaciones más cercanas al hipotético estado de narcisismo primario; el otro ejemplo muy citado es el del estado fetal anterior al nacimiento. Freud, Ferenczi y muchos otros han hecho notar que estos dos

estados muestran tantos rasgos semejantes que juntos constituyen un argumento de gran peso.

Si bien nadie pone en tela de juicio la naturaleza regresiva del dormir, debe uno preguntarse cuál es el punto de fijación a que tiende a aproximarse el durmiente. Puede responderse que se trata del narcisismo primario, pero, ¿es ésta la única posibilidad? Responderé citando el primer párrafo de un capítulo titulado "Coito y sueño" perteneciente a un libro muy interesante, pero desgraciadamente pasado por alto y casi olvidado: "Con demasiada frecuencia e insistencia me he referido a la trascendente analogía que hay en los anhelos que se realizan en el coito y en el acto de dormir; por lo tanto, puedo abstenerme aquí de la tarea de examinar más circunstanciadamente estas dos adaptaciones tan significativas biológicamente y sus diferencias y semejanzas. En mi trabajo *Fases de desarrollo del sentido de la realidad*, consideré que el estado del recién nacido la primera vez que duerme —estado al que contribuye el cuidadoso aislamiento y la cálida solicitud de la madre o la niñera— es una réplica del estado intrauterino. El niño asustado llora, sacudido por la traumática experiencia del nacimiento, pero pronto se sosiega y alcanza el estado de sueño que crea en él la sensación —sobre una base de realidad, por un lado, y, por otro, sobre una base alucinatoria, ilusoria— de que esa tremenda conmoción no ocurrió en modo alguno. Freud (*Introducción al psicoanálisis*) dijo que, estrictamente hablando, el ser humano no ha nacido por completo, no ha nacido en el pleno sentido de la palabra, puesto que, yendo todas las noches a la cama a dormir, pasa, por así decirlo, la mitad de su vida en el seno materno" (Ferenczi, 1924, pág. 73).

Aparentemente el orgasmo del coito y el acto de dormirse sólo pueden lograrse si se establece un estado de "armonía" o, en todo caso, de paz entre el individuo y su ambiente. Una condición para que se alcance ese estado es la de que el ambiente acepte el papel de proteger al individuo de todo estímulo exterior y de no infligirse a sí mismo estímulos innecesariamente excitantes o penosos. Esta idea está muy de acuerdo con el hecho clínico de que uno de los primeros síntomas de insatisfacción sexual es el insomnio. De manera que aquello a lo que el durmiente trata de aproximarse en su regresión parece ser, no el estado de narcisismo primario, sino una especie de estado de paz primitivo con su ambiente, estado en el cual —para usar la expresión moderna— el ambiente "sostiene" al individuo.

De la muy abundante bibliografía sobre el acto de dormir puedo citar a un autor, Mark Kanzer (1955, pág. 261), cuyas observaciones interesan al punto que estamos tratando. Según Kanzer, "Dormirse no es una simple regresión narcisista. . . el durmiente no está realmente solo, sino que 'duerme con' su objeto bueno introyectado. Pruebas de esto son los hábitos de los durmientes —el niño que exige la presencia física de sus padres, el adulto, la de su pareja y el neurótico, luces, juguetes y ritos— como condiciones preliminares para dormir". Otras medidas introyectivas en los adultos enumeradas por Kanzer son: comer, beber, tomar píldoras o bañarse; los niños piden que se los arrulle, se los mime, se los acune. Claro está que la pantalla del sueño de Bertram Lewin se equipara con la pareja onírica. Kanzer resume sus ideas del modo siguiente: "El dormir no es un fenómeno de narcisismo primario sino que antes bien es un fenómeno de narcisismo secundario, por lo menos después de la primera infancia; el durmiente comparte su sueño con un objeto introyectado" (pág. 265).

De manera que el dormir, que al principio parecía un argumento de tanto peso en favor de la existencia del narcisismo primario, se manifestó como un argumento dudoso. Es cierto que el individuo se retira del mundo de los objetos cuando trata de dormirse y que, según todas las apariencias, está solo. Ese retiro y esa soledad, que fueron interpretados como narcisismo, revelaron luego en un examen más atento que el verdadero objetivo del durmiente es escapar de las tensiones de sus relaciones corrientes y recobrar una forma de relación más primitiva, más satisfactoria con objetos. Ejemplos de esos objetos son: camas cómodas, almohadas, casas, habitaciones, libros, flores, juguetes y objetos transicionales (Winnicott, 1951), etc. Claro está que estos objetos representan o simbolizan objetos internos que, a su vez, derivan de anteriores contactos con el ambiente: comidas satisfactorias, mantas suaves y abrigadas, la seguridad que brinda la madre al "sostener" al bebé, al cubrirlo de tiernos mimos, al mecerlo, al arrullarlo, etc. Las observaciones citadas muestran que la regresión del durmiente es una regresión a este mundo y no al mundo del narcisismo primario en el que no hay un ambiente con el cual relacionarse.

Capitulo 10

ESQUIZOFRENIA, ADICCION Y OTROS ESTADOS NARCISISTAS

La última observación clínica que usó Freud para justificar la introducción del narcisismo es la regresión esquizofrénica. Todo el mundo conviene en que los esquizofrénicos retiran su interés del mundo exterior o que, en todo caso, ésa es la impresión que dan. Ya he señalado que cuando trataba la dinámica de las regresiones esquizofrénicas, Freud invariablemente comenzaba su argumentación con una fórmula como ésta: "La libido liberada por la frustración no permanece sujeta a los objetos en la fantasía sino que se retira al yo" (Standard Edition, XIV, pág. 86). Cada vez que Freud aborda el problema de la esquizofrenia repite esta fórmula. Pero sólo unos años después de la publicación de su artículo sobre el narcisismo apareció otra fórmula que fue mencionada junto con la anterior. En la *Introducción al psicoanálisis*, Freud trata los puntos de fijación a los que se dirigen las varias neurosis en el proceso de regresión y luego declara que en la esquizofrenia es "probablemente... el estado de narcisismo primitivo, al que retorna la *dementia praecox* en su resultado final" (Standard Edition, XVI, pág. 421). Esta es una afirmación teórica que empero padece de todas las contradicciones inherentes a la teoría del narcisismo primario. ¿Cuáles son las observaciones clínicas?

Las opiniones sobre si el psicoanálisis puede curar radicalmente o no a los esquizofrénicos son divergentes, pero hay consenso general sobre el hecho de que tales pacientes

distan mucho de ser inaccesibles al análisis. Por otro lado, la técnica analítica normal y corriente tuvo que ser considerablemente modificada para hacerla aplicable al tratamiento de los esquizofrénicos. En términos teóricos esta experiencia clínica bien establecida significa que a) la impresión de que los esquizofrénicos se retiran del mundo exterior es sólo parcialmente verdadera; los esquizofrénicos se retiran del mundo de las relaciones normales, es decir triangulares o edípicas, pero b) son capaces de otra clase de relación que deberían aspirar a promover todas las modificaciones de la técnica analítica.

No puedo pasar revista aquí a la copiosa bibliografía que existe sobre este tema; baste decir que este tipo de relación —o técnica— exige del analista mucho más que la técnica corriente. Esto no significa que el analista deba satisfacer de manera inmediata y sin reservas todas las necesidades del paciente; pero el analista debe poder demostrar que es capaz de comprender al paciente y de trabajar en "armonía" con él, "a tono" con él.

Dicho sea de paso, esto también es pertinente para todos los pacientes en regresión y no sólo para los esquizofrénicos. Todos esos pacientes parecen ser extremadamente sensibles a las maneras y estados anímicos del analista, y cuanto más avanzado esté en el proceso regresivo el paciente, tanto más sensible se hace; lo que un paciente normal o neurótico ni siquiera hubiera advertido, en general afecta profundamente o mejor dicho perturba profundamente a un paciente en proceso de regresión. Para evitar estas perturbaciones el analista debe estar "a tono" con su paciente. Mientras pueda lograrlo, el trabajo analítico se desarrollará continuamente a la manera de un crecimiento continuo. Pero si el analista no logra estar "a tono" con el paciente, éste puede reaccionar con ansiedad, con síntomas agresivos muy pronunciados y con desesperación.

Esta armonía, este estar a tono, debe abarcar toda la vida del paciente en regresión, no tan sólo su relación con el analista. Es propio de la situación analítica que esa armonía se mantenga sólo por breves períodos; de vez en cuando el analista debe apartarse del paciente para adoptar una actitud desapegada y pasar revista "objetivamente" a la situación y tal vez hasta para dar una bien reflexionada interpretación. Por lo general, esos pacientes pueden mantener relaciones con un objeto exterior real sólo durante breves períodos y, por consiguiente, esos períodos deben reservarse

para el trabajo analítico. Si el ambiente, es decir, la vida cotidiana, exige demasiado del paciente, una buena parte de la libido disponible de éste se escurrirá, de manera que no quedará bastante para el momento del análisis. Por eso los analistas que tratan a esta clase de pacientes a veces incurren en exageraciones al exigir que el ambiente esté por completo "de acuerdo"con el paciente, que lo "sostenga" a fin de permitirle que concentre toda su libido restante en una relación definida con su analista: la relación terapéutica.

Cuando ha comprendido uno la importancia de esta condición, también comprende por qué tantos informes sobre tratamientos de esquizofrénicos terminan con pasajes melancólicos como éste: "Al llegar a este punto el tratamiento debió ser interrumpido a causa de circunstancias exteriores", o "Desgraciadamente los parientes intervinieron y hubo que interrumpir el tratamiento", etc.

Un aspecto teórico de esta condición de armonía es el concepto de la "madre esquizofrenogénica", que es una madre incapaz de estar en armonía con su hijo. Un sabio y experimentado clínico (Hill, 1955, págs. 108-109) declara: "Estas madres aman a sus hijos, que se hacen esquizofrénicos, de una manera excesiva pero sujeta a condiciones. La condición del amor de estas madres es de una índole tal que el niño esquizofrénico no puede satisfacerla. . . Semejantes madres sólo vieron la capa exterior normal de sus hijos y permanecieron impermeables a toda impresión de lo que ocurría en el interior de ellos". Una descripción clínica muy interesante de la importancia que tiene el ambiente armonioso en el tratamiento de esquizofrénicos está contenida en un libro de Stanton y Schwarz (1954), en el cual los autores muestran de manera convincente que cualquier desarmonía en el ambiente, por ejemplo entre los varios miembros del personal encargado del tratamiento de un paciente, determina un deterioro del estado de éste.

Parece, pues, que la bien establecida observación clínica del retiro esquizofrénico no puede emplearse como prueba de la existencia de un narcisismo primario. En realidad, sería más correcto decir que el esquizofrénico tiene un vínculo mucho más estrecho con su ambiente y depende mucho más de él que el llamado "normal" o "neurótico". Es cierto que una observación superficial del esquizofrénico no revela este estrecho lazo ni esta desesperada dependencia; por el contrario, cobra uno la impresión de retiro

y falta de todo contacto. En este aspecto, la regresión esquizofrénica puede ser una réplica de la fase fetal o infantil en la cual también encontramos exactamente los mismos rasgos: una apariencia exterior de independencia narcisista, una apariencia de no advertir el mundo exterior, fugaces contactos aparentemente sin importancia con objetos parciales, como lo ha demostrado la moderna investigación, como por ejemplo la de R. Spitz (1946) sobre los efectos de la privación temprana; pero aquí se trata de una apariencia que sólo encubre tenuemente una desesperada dependencia y una enorme necesidad de "armonía". En el capítulo siguiente, así como en las Partes III y V volveremos a ocuparnos de este punto.

Habiendo considerado las curiosas contradicciones que muestra la actitud de los esquizofrénicos frente a su ambiente, podemos agregar que ésta es sólo una forma exagerada de la actitud que generalmente encontramos en las llamadas personas narcisistas. Aunque el interés de éstas se concentra en su yo —o en su sí-mismo, para emplear el término de Hartmann— y aunque aparentemente tienen muy poco amor que dar a la gente, los llamados narcisistas son cualquier cosa menos seres seguros e independientes; tampoco se los puede considerar estables, equilibrados o autosuficientes. Por lo general, son sumamente sensibles cuando el ambiente no los trata como ellos esperan ser tratados; se sienten fácilmente ofendidos y chocados, y esas ofensas se enconan durante largo tiempo. Además, en la vida real estos narcisistas difícilmente son capaces de existir por su propia cuenta. Suelen vivir junto con otro personaje, según el modelo de parejas famosas como Fausto y Mefistófeles, Don Quijote y Sancho Panza, Don Juan y Leporello, etc. En todos estos casos —como se ha señalado repetidas veces en la bibliografía analítica desde Otto Rank (1924) a Helene Deutsch (1937)— el personaje no narcisista y carente de encanto, que es capaz de amor objetal, es el realmente independiente y el que puede habérselas con los azares de la vida cotidiana; es el compañero sin cuya ayuda y servicios el encantador héroe narcisista, aparentemente independiente, perecería sin remedio. En la vida real, a menudo la parte carente de hechizo es la madre del héroe narcisista.

Llegamos, pues, a la conclusión de que el hombre o la mujer realmente narcisista es solamente una presunción. Esas personas dependen desesperadamente de su ambiente y pueden conservar su narcisismo sólo con la condición de

que ese ambiente esté dispuesto a cuidar de ellos o pueda obligárselo a hacerlo. Generalmente cabe afirmar esto desde el mayor dictador hasta el catatónico más humilde.

El análisis de los alcohólicos, especialmente el de los bebedores periódicos, nos ofrece la oportunidad de observar en rápida sucesión los cambios que van desde la relación objetal adulta al narcisismo y luego a esta clase de relación primitiva. Las relaciones objetales de los alcohólicos, aunque suelen ser muy intensas, son fluctuantes e inestables. Por consiguiente, estas personas pierden fácilmente su equilibrio; la causa más común de tal pérdida es un choque de intereses entre ellos mismos y uno de sus importantes objetos de amor. El choque se les manifiesta como algo tan abrumador que se sienten por completo incapaces de remediar la situación, entonces retiran prácticamente toda su libido objetal; ya nada les importa, sólo cuenta su narcisismo; por un lado, se sienten el centro de cualquier atención amistosa u hostil y, por otro lado, se sienten profundamente infelices, abandonados y desamparados.

Por lo general, éste es el estado en que comienzan a beber, aunque desde luego puede haber otras causas determinantes. Pero cualquiera sea la causa, el primer efecto de la intoxicación es invariablemente la sensación de que ahora todo marcha bien entre ellos y su ambiente. Según mi experiencia, el anhelo de sentir esta "armonía" es la causa más importante del alcoholismo o de cualquier otra forma de adicción. En este punto se ponen en marcha toda clase de procesos secundarios que amenazan la "armonía" y el alcohólico en su desesperación bebe cada vez más a fin de conservar o, en todo caso, salvar algo de esa armonía.

Un rasgo sumamente importante de este estado de armonía en el que se encuentra el bebedor intoxicado es el de que en su mundo no hay personas u objetos de amor o de odio, sobre todo personas u objetos que le exijan algo. La armonía puede conservarse sólo mientras el bebedor es capaz de desembarazarse de todo aquello que pudiera exigirle algo; muchos bebedores periódicos se encierran en sí mismos y beben solos, o se escapan de su familiar mundo de objetos y personas y buscan un ambiente con el que no tuvieron ningún contacto anterior y que no pueda demandarles nada, sobre todo compromisos libidinales. (Una representación notable de estos dos mundos —el mundo normal con sus continuos compromisos libidinales y el mundo del ebrio con sólo catexias fugaces— fue realizada por Cha-

plin en su película *Luces de la ciudad.*) El individuo sólo puede tolerar a las personas de este nuevo mundo mientras sean simpáticas y amistosas; la más leve crítica o el menor choque de intereses provoca violentas reacciones en el bebedor a causa de su desesperada necesidad de mantener su armonía con el mundo creado por el alcohol.

Otro grupo de observaciones clínicas resulta pertinente a nuestra discusión. Se trata de la atmósfera analítica que parece necesaria para tratar a ciertos pacientes difíciles. Las dificultades pueden deberse a la regresión del paciente, a su pronunciado narcisismo, a la naturaleza de su enfermedad o a la configuración de su carácter; en la bibliografía analítica generalmente se caracteriza a estos pacientes con adjetivos como "profundamente perturbados" o "profundamente alterados". Fue en estos pacientes en los que por primera vez reconocí la existencia de relaciones primitivas con su ambiente. Claro está que podría alegarse contra mí que, si bien mis descripciones correspondían a ciertos fenómenos observados durante el tratamiento, ellos eran causados no tanto por el paciente mismo como por mi técnica. Para acallar las voces de mis críticos, quiero citar las descripciones de una analista que emplea la técnica clásica más allá de toda sospecha; aludo a Phyllis Greenacre (1953, pág. 48). Esta autora dice: "Indicaré las maneras en que, según creo, puede encararse este exceso de narcisismo y ansiedad durante el análisis, las maneras que en realidad deben emplearse para que pueda avanzar un análisis 'regular' que trata primariamente perturbaciones del desarrollo libidinal. Ciertamente el exceso de narcisismo en estos casos constituye un problema terrible y real para el analista. Pero me inclino a pensar que el narcisismo puede educarse suficientemente, si se pone cuidado en hacer que el paciente resista el dolor del análisis y siempre que se preste debida atención al mismo tiempo a esa ciega ansiedad, que es la piedra angular de su insegura estructura de carácter". Si se compara este pasaje con mi descripción de las necesidades de un paciente esquizofrénico en estado de regresión, es evidente que nosotros dos estamos hablando de la misma experiencia clínica.

Al referirse a pacientes que acuden al análisis con un miedo pánico, Greenacre dice: "En estas primeras fases es sumamente importante contar con la cooperación comprensiva de las personas que están próximas al paciente durante la mayor parte de las restantes veintitrés horas del día, per-

sonas del hospital o del hogar; puede perderse mucho de lo ganado en la hora terapéutica por obra de los amigos o parientes que pueden mostrarse hostiles o solícitos o demasiado activos" (*op. cit.*, págs. 54-55). Desde luego, yo no lo habría dicho de manera diferente.

Algo más adelante (*op. cit.*, págs. 57-60), Greenacre aparentemente equipara lo que ella llama "la educación del narcisismo" con el fortalecimiento del yo. Nada tengo que objetar a esto pero deseo señalar que el método propugnado por Greenacre prescribe que en primer lugar el analista esté lo más posible "a tono" con su paciente y que luego poco a poco y con cautela trate de convertirse en un objeto normal, es decir, en alguien que puede exigir cosas. Por supuesto, estar "a tono" no significa necesariamente que el analista deba satisfacer automáticamente los deseos y necesidades del paciente; significa claramente que el analista debe esforzarse con toda honestidad para lograr que él mismo y su paciente se aproximen lo más posible en su relación a lo que yo llamo "interpenetración armoniosa", concepto del que me ocuparé con más detalles en el capítulo 12.

Deseo hacer aquí un importante agregado; la descripción que nos ofrece Greenacre de los fenómenos clínicamente observables, así como las recomendaciones terapéuticas que nos hace podrían usarse aquí sin modificación alguna como ilustraciones de hechos que corresponden al ámbito de la falta básica, tratada en la parte primera de este libro.

Aquí encontramos la relación de exclusivamente dos personas, las exigencias absolutas que se hacen a una parte –el analista– la cual debe estar continuamente "a tono" con la otra (el paciente)–, la ausencia de conflictos, la relativa falta de importancia de las habituales formas de interpretación, etc., etc. Creo que el estudio del cuadro clínico de los desórdenes narcisistas, su metapsicología y, sobre todo, su terapéutica harían considerables progresos si se los abordara a la luz de la teoría de la falta básica. En las Partes III y V haremos un intento en esta dirección.

Hasta qué punto podría ser importante este nuevo enfoque queda bien demostrado por un reciente artículo, por lo demás excelente, de W. G. Joffe y Joseph Sandler (1965), "Disorders of Narcissism", que ignora toda crítica contra la teoría del narcisismo primario. El principal interés de los autores es el de mostrar que para comprender el narcisismo y sus desórdenes también hay que tener en cuenta, además de la gratificación (en alemán *Befriedigung*, literalmente

"pacificación") de las pulsiones, "las desviaciones de un estado ideal de bienestar..., en sus aspectos afectivos y representativos". Este "estado ideal de bienestar" es, como veremos en el capítulo 12, el objetivo último del amor primario y, en realidad, de todo anhelo humano; toda perturbación seria en sus primeras fases determina que se produzca una falta básica específica. Al no examinar la estructura dinámica de este "estado ideal de bienestar", los autores no alcanzan a reconocer su naturaleza de relación objetal y lo equiparan, sin aducir prueba alguna, con el narcisismo primario. Pero, si bien no lo dicen explícitamente, toda su discusión se refiere sólo a fenómenos pertenecientes al campo del narcisismo secundario; por eso no necesito decir que estoy prácticamente de acuerdo con todas sus conclusiones.

Lo substancial que se ha comprobado en esta sección es el hecho de que los esquizofrénicos —contrariamente a las expectaciones teóricas— son capaces, aun en sus estados de mayor regresión, de responder a su ambiente y que, por lo tanto, son accesibles a los intentos de tratamiento analítico. La respuesta de los esquizofrénicos es sin embargo tenue y precaria a causa de su compulsiva necesidad de una "relación armoniosa". Esto sugiere que el retiro narcisista de los esquizofrénicos es secundario, subsiguiente a la frustración. Los otros estados a los que pasamos breve revista en esta sección —los de pacientes alcohólicos y "profundamente alterados" o "narcisistas"— presentan el mismo cuadro: la misma necesidad primitiva de armonía, la frustración a causa de las excesivas demandas de la otra parte en general y especialmente del analista, y retiro al narcisismo secundario.

CAPITULO 11

ESTADO ANTENATAL Y ESTADO POSNATAL TEMPRANO

Después de haber considerado los hechos clínicos que usó Freud para dar apoyo a la introducción del narcisismo, llegamos a la conclusión de que, salvo dos de ellos, todos los demás eran bien definidos argumentos en favor del narcisismo secundario. Sólo encontramos dos fenómenos que no podían explicarse tan sólo por el narcisismo secundario: los estados regresivos de la esquizofrenia y el dormir profundo sin sueños; sin embargo, aun en estos dos casos comprobamos que el punto de fijación a que tendía la regresión no era necesariamente el narcisismo primario, sino una forma muy primitiva de relación en la que estaba intensamente catectizado un ambiente tal vez indiferenciado.

Con todo, no debemos olvidar que esta dificultad fue debidamente prevista por Freud, el clínico, que había manifestado ya en 1914: "el narcisismo primario de los niños que hemos supuesto y que constituye uno de los postulados de nuestras teorías sobre la libido es menos fácil de captar por la observación directa que confirmar *por inferencias de otros terrenos*" (Standard Edition, XIV, pág. 90. La bastardilla es mía). He aquí un convincente cuadro del estado de espíritu de Freud: el teórico es optimista y continúa levantando sus construcciones, en tanto que el clínico es por lo menos cauteloso, si no ya escéptico.

Además, en este pasaje Freud habla del *narcisismo primario de niños*, mientras que la teoría psicoanalítica hoy do-

minante nos obliga a considerar el *narcisismo primario en el estado antenatal*. Esta tendencia a trasponer las cosas a una fase anterior es muy general en la teoría analítica: si una hipótesis resulta incompatible con la observación clínica, en lugar de rechazársela por insostenible o, en todo caso, en lugar de reexaminarla se la aplica a fases anteriores del desarrollo y a fases tan tempranas que están más allá del alcance de cualquier observación clínica.

Para simplificar la exposición, consideraré principalmente las ideas de Phyllis Greenacre relativas a este tema. Y esto se justifica, puesto que Greenacre es una autoridad reconocida en este campo y trata ampliamente el tema que nos interesa en su libro *Trauma, Growth and Personality* (1953). Si bien no todas las ideas que se tratarán en esta sección provienen de dicha autora, citaré de ella el mayor número posible y con sus propias palabras. A los efectos de la simplificación, las clasificaré en tres grupos: 1) las ideas referentes a la vida fetal propiamente dicha; 2) las referentes a los cambios causados por el nacimiento, y 3) las referentes a la primera fase de la vida extrauterina.

Greenacre dice categóricamente: "Desde un punto de vista biológico, el narcisismo puede definirse como el componente libidinal del crecimiento" (*op. cit.*, pág. 20). Luego, siguiendo a Freud, la autora afirma: "El narcisismo coexiste con la vida. . . en realidad, la libido narcisista se encuentra donde haya un destello de vida" o de manera más específica: "En el feto, el narcisismo está reducido a su forma más simple pues está casi o enteramente desprovisto de contenido psíquico" (*op. cit.*, pág. 45).

El problema reside aquí en el hecho de que si bien las aseveraciones de Greenacre son plausibles y en general tienen sentido, descansan sólo en supuestos que la observación no puede probar ni refutar. La autora —y con ella un gran número de analistas— piensa que enunciaciones de esta clase son extrapolaciones justificables de varias observaciones clínicas y biológicas, aunque sin duda convendrá conmigo en que sólo tenemos concepciones e ideas vagas, pero no hechos concretos, sobre la distribución de la libido en la vida intrauterina, sobre "el componente libidinal del crecimiento" o sobre "el narcisismo enteramente desprovisto de contenido psíquico". Sé que en cierto modo es injusto citar frases aisladas de un autor divorciadas de su contexto, pero creo que emplear frases de esta índole sin declarar inequívocamente que ellas no pretenden describir hechos

clínicos sino que son meras especulaciones es desleal para el lector.

En su libro, Greenacre da una excelente descripción del conjunto de imágenes con que la gente suele expresar sus sensaciones o tal vez "recuerdos" del nacimiento; por ejemplo, algunas personas lo sienten como "un puente que va desde un modo de existencia a otro", como un "quiasma", como un "hiato", como "una especie de apagamiento muy semejante a la muerte", etc. (*op. cit.*, págs. 20-21).

Luego Greenacre llega a la conclusión de que la experiencia del nacimiento comprende todo este conjunto de imágenes como factores sobredeterminantes, pero tal vez la característica fundamental de esa experiencia sea un cambio precipitado, pero feliz, de un modo de vida a otro. Dice la autora: "Sólo puedo pensar que la perturbación de la economía general de la libido narcisista fetal que se produce en el nacimiento es ésta: una transición que va desde la casi completa dependencia de la vida intrauterina a los comienzos mismos de la individuación, por lo menos a la casi dependencia fuera del cuerpo de la madre, en lugar de la completa dependencia dentro de éste" (*op. cit.*, pág. 45).

La autora repite la declaración de Freud de que las experiencias durante el nacimiento parecen organizar el esquema de ansiedad del individuo y luego agrega: "Mientras el establecimiento del esquema de ansiedad es una protección contra el peligro, la organización del narcisismo forma un instrumento de positivo ataque, una pulsión agresiva propulsora" (*op. cit.*, pág. 19).

Todas estas descripciones pueden interpretarse —con alguna dificultad— como posibles indicaciones de un estado de narcisismo primario, y así las interpreta Greenacre. Pero, a mi juicio, pueden interpretarse —sin esfuerzo alguno— más bien como argumentos en favor de la hipótesis de una interacción intensa y temprana entre el feto-bebé y su ambiente. El nacimiento significa una repentina interrupción de una relación, hasta entonces gratificante, con un ambiente en el que todavía no hay objetos y que es una especie de "océano" no estructurado. Luego volveré a referirme a esta línea de ideas.

Volviendo al libro de Greenacre, tendré que pasar por alto muchas e interesantes observaciones clínicas sobre la conexión del trauma del nacimiento —supuesto o real— con la sintomatología desarrollada en la vida adulta, pues no vienen al caso a los efectos de mi exposición.

Por otra parte, quisiera señalar que todas las descripciones clínicas referentes a los efectos de hechos posteriores al nacimiento que nos ofrece Greenacre, pueden tomarse como argumentos en favor de la naturaleza secundaria del narcisismo, que se daría después de la frustración infligida por el ambiente. Para demostrarlo citaré pasajes del artículo de Greenacre "Pre-genital Patterning" (1952): "Volviendo a la cuestión del aumento de narcisismo primario debido al temprano y repetido sobreestímulo del infante, ese aumento implica una prolongación y una mayor intensidad de la tendencia a las identificaciones primarias, como observamos antes, y un deterioro en el sentido de la realidad que se está desarrollando junto con la capacidad aumentada del cuerpo para responder a estímulos y registrarlos" (pág. 414).

A menudo se ha descrito la primera infancia como un estado indiferenciado en el que todavía no hay una frontera entre el individuo y el ambiente, idea aceptable que discutiré luego en el capítulo 12. Otra concepción paralela afirma que la primera infancia es la fase del narcisismo primario y de la identificación primaria, definida ésta a menudo como el aspecto funcional del narcisismo primario. Quisiera hacer notar —siempre que la palabra "identificación" conserve su significación normal— que aceptar la coexistencia de estos dos estados entraña una contradicción lógica. Como ya dijimos, Freud tenía plena conciencia de este hecho y lo trató en el capítulo 3 de *El yo y el ello*. Toda identificación —en el sentido usual de la palabra— significa un cambio producido en el yo a influjos de algún objeto exterior, o de alguna parte del ambiente, que estuvo antes intensamente catectizado. Aun la identificación más primaria es una identificación con algo exterior al individuo; y para que esa identificación produzca un cambio en el yo de conformidad con algo exterior, ese algo debe tener mucha importancia para el individuo. Afirmo, pues, que no puede haber una *identificación primaria.* Toda identificación debe ser *per definitionem* secundaria respecto de alguna catexia de objeto o de ambiente. Síguese de ello que el narcisismo primario y la identificación primaria no pueden existir al mismo tiempo. . . si es que existen de alguna manera.

Otro argumento frecuentemente usado para probar la existencia del narcisismo primario es el de que el infante en sus primeros días no puede tener conciencia del mundo exterior. Como para él no hay un mundo exterior que pueda

catectizar, debe concebírselo como una criatura que vive en el narcisismo primario. Con frecuencia se atenúa este argumento cuando se comprueba que está en conflicto con hechos observados y entonces se dice que el niño se queda dormido y de esta manera está apartado de la influencia del mundo, y si está despierto debe suponerse —como lo hace por ejemplo W. Hoffer (1959)— "que el ambiente madre acude en ayuda del narcisismo primario del niño, de suerte que todavía no hay un yo, ni idea alguna de peligro, de ansiedad o de defensa. . ." (pág. 8). De manera que "lo que el niño necesita es algo que lo sostenga y contenga para conservar el estado de narcisismo primario, algo equivalente a las cualidades de contención de la madre prenatal" (pág. 9).

En el mismo artículo, Hoffer plantea la cuestión de que Freud podría haberse visto influido en sus teorías sobre los estados tempranos por las formas de prestar cuidados al infante que dominaban en sus días, es decir, el uso de la faja. Según Hoffer, la faja "obra como una envoltura narcisista en el desarrollo del yo" (pág. 10), es decir, los infantes están protegidos de estímulos exteriores y, en consecuencia, sus relaciones objetales estén posiblemente retrasadas. "Al abandonar el uso de la faja el narcisismo primario del infante queda en peligro, no realmente, por supuesto, sino sólo para el observador que comenzó a ver una relación objetal que se sobreponía al narcisismo primario"; y luego el autor agrega: "me pregunto. . . si no consideramos como progreso de la ciencia del psicoanálisis lo que en realidad es una adaptación de nuestras teorías a las condiciones (las maneras de cuidar a los niños) dominantes en el presente" (pág. 11).

Todos estos argumentos no hacen sino incurrir en una petición de principios. Primero se decreta que existe un estado de narcisismo primario y para que ese decreto resulte inviolable se decreta además a) que el ambiente madre debe contener y sostener al infante para proteger el estado de narcisismo primario, b) que el niño no debe tener conciencia de ningún cambio producido en ese ambiente, y c) que toda *relación observada* y que toda *respuesta observada* a un cambio producido en el ambiente (por ejemplo, el abandono del uso de las fajas) debe descartarse por ser falsa, pues de otra manera toda la estructura teórica se derrumbaría.

Me parece que sería mucho más sencillo aceptar la idea de que existe la relación con el ambiente en una forma primitiva desde el comienzo mismo de la vida y que el infante

puede tener conciencia de cualquier cambio importante producido en el ambiente y responder a él. Pero esto significaría, atendiendo al argumento de Hoffer, que la teoría del narcisismo primario se basa principalmente en experiencias con infantes tratados con insensibilidad, por ejemplo, infantes rígidamente fajados, atendidos según rígidas prácticas rutinarias, etc., niños que en consecuencia se vieron forzados a desarrollar en una fase demasiado temprana el narcisismo secundario en gran medida como una respuesta a la perturbada relación con su ambiente.

Capitulo 12

AMOR PRIMARIO

La hipótesis del narcisismo primario —aunque nos ofrece una teoría limpia, pulcra y lógica— nos ha conducido a contradicciones e incertidumbres insolubles. En nuestras consideraciones teóricas podemos fácilmente indicar la fuente de la libido, el ello, pero ha resultado imposible definir topológicamente "el gran depósito de la libido" o el punto de anclaje del narcisismo primario. Las varias descripciones que dio el propio Freud son contradictorias e incongruentes, y las nuevas proposiciones de Hartmann, Kris y Loewenstein, por un lado, y de James Strachey, por otro, si bien resolvieron algunos problemas crearon otros nuevos. La otra contradicción insoluble se refiere a la cronología. Freud consideró como la forma primera y más primitiva de la relación del individuo con su ambiente la relación objetal primaria, el autoerotismo primario y el narcisismo primario, de manera igualmente categórica cada vez.

En esa situación apurada, la teoría analítica recurrió a una bien probada salida teórica: la transposición a fases anteriores. Mientras Freud hablaba del "narcisismo primario de los niños", la teoría moderna consideró necesario atribuir el narcisismo primario al feto. En el capítulo anterior procuré demostrar que lo que se obtiene con este intento es una "teoría maleta"; uno puede encontrar en ella sólo lo que ya ha puesto.

Durante los cincuenta años transcurridos desde que se introdujo el concepto psicoanalítico de narcisismo, no se

han descrito nuevas observaciones clínicas que demuestren la existencia o la aceptabilidad del narcisismo primario, y éste es un hecho histórico en alto grado sugestivo. Mientras la bibliografía sobre el narcisismo primario es pobre y difícilmente pasa de repetir las varias enunciaciones y sugerencias de Freud, la bibliografía sobre el narcisismo secundario es muy rica y se basa en excelentes observaciones clínicas.

Una buena teoría debe poseer por lo menos alguna de las siguientes cualidades: 1) debe estar libre de contradicciones internas; según vimos, la teoría del narcisismo primario adolecía de ese defecto desde su comienzo, y los repetidos intentos hechos para remediarlo fracasaron; 2) debe presentar una estructura estética que permita integrar observaciones desarticuladas, de suerte que podamos comprender mejor cada una de ellas; la teoría del narcisismo primario pretende tal cosa pero, como comprobamos en los capítulos anteriores, no lo consigue; 3) sobre la base de una teoría, uno debería estar en condiciones de hacer predicciones, sacar conclusiones o establecer inferencias susceptibles de verificación o refutación; a mi juicio, la teoría del narcisismo primario sólo condujo a nuevas especulaciones teóricas —algunas de las cuales consideramos— que estaban más allá de toda posible verificación o, como comprobamos en un caso —la especulación de que los esquizofrénicos son inaccesibles al tratamiento analítico—, demostraron ser falsas, por lo que hubo que rechazarlas.

¿Cuál es la alternativa? Mi proposición tiene dos partes. Primero, mantengo que la teoría del narcisismo primario mostró ser contradictoria e improductiva, pues creó más problemas que los que ayudaba a resolver; más de cincuenta años de madura reflexión y de observaciones críticas no lograron resolver las contradicciones internas inherentes a ella. En consecuencia, no puedo ver ninguna ventaja en aferrarse a ella. Mi segunda proposición consiste en que las experiencias clínicas con pacientes se empleen para construir una nueva teoría que reemplace a la del narcisismo primario y que sea más susceptible de verificación o refutación por la observación directa. Quienes conocen mis escritos ya adivinarán cuál ha de ser esa proposición mía: una teoría de la relación primaria con el ambiente, en suma, el concepto de amor primario.

Para evitar toda posible mala interpretación, deseo hacer notar que llamar a mi teoría "amor primario" no significa

que yo piense que el sadismo o el odio no tienen un lugar en la vida humana o que sean desdeñables. Por otro lado, creo que estos sentimientos son fenómenos secundarios, consecuencias de inevitables frustraciones. La meta de todo anhelo humano es establecer —o probablemente restablecer— una comprensiva armonía con el ambiente a fin de poder amar en paz. Mientras el sadismo y el odio parecen incompatibles con este deseo, la agresividad —y quizá hasta la violencia— puede usarse y aun gozarse en las fases que preceden inmediatamente al deseado estado de armonía, pero no durante el estado de armonía mismo. Estas son las principales razones que me llevaron a llamar a mi teoría, teoría del "amor primario", *a fortiori fiat denominatio.*

Aunque esta teoría basada en la experiencia clínica tardó muchos años en alcanzar su forma actual —en 1932 hice conocer mis primeras formulaciones de tanteo— la presentaré aquí, para ser breve, de una manera algún tanto apodíctica, por cuanto ya fue tratada con cierta amplitud en mi libro *Thrills and Regressions* (1959).

Según la teoría del narcisismo primario, el individuo nace teniendo apenas una relación con su ambiente o ninguna relación en absoluto. En ese mundo sólo existe un objeto: el sí-mismo, el yo o el ello —según el caso— y toda la libido está concentrada en uno o en los tres. Atendiendo a los hechos biológicos, sabemos que la dependencia del feto respecto de su ambiente es extrema, ciertamente más intensa que la dependencia de un infante o de un adulto. Por consiguiente, es esencial para mantener el bienestar y llevar a cabo un desarrollo normal que el ambiente esté continuamente muy próximo a lo que el feto necesita. Grandes discrepancias entre necesidades y satisfacción de ellas tendrán severas repercusiones y hasta podrán poner en peligro la vida.

Si nos es lícito hacer de esta situación biológica un modelo de la distribución de la libido en la vida fetal, llegamos a la hipótesis de que la catexia del ambiente por el feto debe ser muy intensa, más intensa que la de un niño o la de un adulto. El ambiente, sin embargo, probablemente esté indiferenciado; por una parte, todavía no hay objetos en él; por otra parte, apenas debe tener alguna estructura y menos aun claras fronteras con el individuo; ambiente e individuo penetran el uno en el otro, existen juntos en una "interpenetración armoniosa". Un importante ejemplo de esta *interpenetración armoniosa* es el pez en el agua (uno

de los símbolos más arcaicos y más ampliamente empleados). Sería tonto preguntar si el agua que está en las agallas o en la boca del animal es parte del mar o del pez; exactamente lo mismo puede decirse del feto. El feto, el líquido amniótico y la placenta constituyen una mezcla tan complicada de interpenetración de feto y ambiente madre que su histología y fisiología representan una de las cuestiones más espinosas de los exámenes médicos.

Por último, conviene recordar que nuestra relación con el aire que nos rodea presenta exactamente el mismo esquema. Usamos el aire y, en realidad, no podemos vivir sin él; lo aspiramos para tomar partes del aire y usarlas como nos conviene; luego, después de depositar en él sustancias de las que debemos librarnos, lo exhalamos sin prestarle la menor atención. Lo cierto es que el aire debe estar presente para que lo usemos y debe encontrarse en cantidad y calidad apropiadas, y sin embargo no lo advertimos. Ese tipo de ambiente sencillamente debe estar presente y mientras lo esté —por ejemplo, si respiramos suficiente aire— damos por descontada su existencia, no lo consideramos como un objeto, como algo separado de nosotros; nos limitamos a usarlo. La situación cambia radicalmente si el ambiente se altera —si, por ejemplo, queda interferida la aspiración del aire—; entonces ese ambiente aparentemente no catectizado asume una importancia inmensa y se hace manifiesta su verdadera catexia latente.

Lo mismo que en el caso de la relación del pez y el agua, tampoco en nuestra relación con el aire hay límites bien marcados. No tiene sentido preguntar si el aire que está en nuestros pulmones o en nuestros intestinos es nuestro o no lo es, o preguntar dónde está el límite exacto entre nosotros y ese aire; vivimos con el aire en una armoniosa interpenetración o embolismo. En las Partes III, IV y V discutiremos la importancia que tienen para la técnica analítica estados que recuerdan este tipo de relación.

De conformidad con mi teoría, el individuo nace en un estado de intensa relación con su ambiente, tanto biológicamente como libidinalmente. Antes del nacimiento, el sí-mismo y el ambiente están armoniosamente interpenetrados el uno en el otro. En ese mundo, según dijimos, no hay todavía objetos, sólo hay sustancias o espacios sin límites.

El nacimiento es un trauma que altera este equilibrio al cambiar radicalmente el ambiente e impone —so pena de

una real amenaza de muerte— una nueva forma de adaptación. Este hecho inicia la separación o, en todo caso, la acelera considerablemente, entre individuo y ambiente. Objetos, incluso el yo, comienzan a emerger de la confusión de substancias y de la ruptura de la armonía de aquellos espacios sin límites. Los objetos —a diferencia de aquellas substancias amistosas— tienen firmes contornos y agudos límites que en adelante deben ser reconocidos y respetados. La libido ya no es más un fluir homogéneo que mana del ello al ambiente; a influjos de los objetos que surgen aparecen concentraciones y rarefacciones en el fluir de la libido.

Como la relación que se está desarrollando con una parte del ambiente o con un objeto está en penoso contraste con la serena armonía anterior, la libido puede retirarse al yo que comienza a desarrollarse o a acelerar su desarrollo —quizá como consecuencia de la nueva adaptación que ahora se impone— en un intento de recobrar la anterior sensación de "unidad" de los primeros estadios. Esta parte de la libido sería claramente narcisista, pero secundaria respecto de la original catexia del ambiente. En consecuencia las catexias libidinales observadas en la primera infancia serían de cuatro clases: a) restos de la catexia original del ambiente transferidos a los objetos que emergen, b) otros restos de la catexia original del ambiente retirados al yo como consoladores secundarios de la frustración, es decir, catexias narcisistas y autoeróticas; c) recatexias emanadas del narcisismo secundario del yo. Además de estas tres formas de catexia que han sido bien estudiadas, existe una cuarta que determina el desarrollo de la estructura ocnofílica y de la estructura filobática del mundo (Balint, 1959). En el mundo ocnofílico, la catexia primaria, aunque mezclada con una gran medida de ansiedad, parece adherirse a los objetos emergentes, sentidos como algo seguro y confortante, en tanto que los espacios que hay entre ellos se experimentan como amenazadores y horribles. En el mundo filobático los espacios sin objetos conservan la catexia original primaria y son experimentados como algo seguro y amistoso, mientras los objetos se sienten como algo amenazador y peligroso.

La reacción del ocnófilo frente al surgimiento de objetos consiste en aferrarse a ellos e introyectarlos, puesto que se siente perdido e inseguro sin ellos; aparentemente ese individuo prefiere *sobrecatectizar sus relaciones objetales.* El otro tipo, el filóbata, *sobrecatectiza las funciones de su*

propio yo y de esta manera desarrolla habilidades y aptitudes para poder mantenerse solo con escasa ayuda de sus objetos o hasta sin ninguna ayuda de ellos. La ocnofilia y el filobatismo probablemente son ejemplos de la falta básica, aunque por cierto no son los únicos. Sobre esta base se construye, por un lado, el complejo de Edipo y, por otro, posiblemente el ámbito de la creación (véase el capítulo 5). Este último ámbito puede implicar como primer paso un regresivo *retiro de los objetos*, sentidos como demasiado ásperos y frustrantes, para pasar a la armoniosa interpenetración de fases anteriores, a esto sigue un *intento de crear algo mejor*, más fino, más comprensible, más hermoso y, sobre todo, más coherente y más armonioso que los objetos reales. Desgraciadamente este intento no siempre tiene éxito; con demasiada frecuencia la creación no resulta mejor —y a veces es hasta peor— que la dura y amarga realidad.

Al principio los más de los objetos sean posiblemente indiferentes y aun frustrantes, pero algunos de ellos son fuentes de gratificación; siempre que los cuidados que se brinden al infante no sean demasiado deficientes o indiferentes, partes del ambiente pueden conservar algo de su *catexia primaria* original; entonces se convierten en lo que he llamado *objetos primarios*, y la relación del individuo con ellos y sus derivados en la vida posterior será siempre diferente, más primitiva que la relación que pueda establecer con cualquier otra cosa del mundo. Esos objetos primarios son ante todo la madre y, curiosamente, para muchas personas los cuatro "elementos" que son símbolos arcaicos de la madre: el agua, la tierra, el aire y menos frecuentemente el fuego, puedo adelantar aquí que durante ciertas fases de un tratamiento analítico satisfactorio, el analista asume —y en realidad debe asumir— las cualidades de un objeto primario. Volveré a ocuparme de este asunto en el capítulo 13 y también en las Partes IV y V.

Antes de proseguir con nuestro tema deseo referirme a ciertas observaciones clínicas y lingüísticas de T. Doi (1962). Según este autor, existe en japonés una palabra muy simple de uso cotidiano, *amaeru*, un verbo intransitivo que significa "desear o esperar ser amado" en el sentido del amor primario. *Amae* es el sustantivo derivado de ese verbo, en tanto que el adjetivo *amai* significa "dulce". Estas palabras son tan comunes que "realmente a un japonés le cuesta trabajo creer que en las lenguas europeas no

exista una palabra equivalente a *amaeru*". Además, en japonés hay un rico vocabulario para describir las varias actitudes y estados de ánimo que se dan si el deseo de *amaeru* se ve frustrado o debe ser reprimido. Todas esas actitudes son conocidas en el Occidente, sólo que no puede expresárselas con palabras sencillas; únicamente puede hacérselo mediante frases complicadas como "uno está malhumorado o enfurruñado porque siente que no le es lícito mostrar su deseo de *amaeru* tanto como quisiera, lo cual hace que sienta un íntimo dolor, posiblemente de naturaleza masoquista", etc. Doi agrega que, según su información, la lengua coreana y la lengua aimu poseen palabras equivalentes y posiblemente también el chino.

Pero volvamos ahora a nuestro tema; es muy probable que en las fases tempranas de la vida posnatal el mantenimiento de una forma primitiva de una relación exclusivamente de dos personas sea aproximadamente el límite de la capacidad del niño en desarrollo. Como dijimos en el capítulo 10, éste es probablemente el punto de regresión en la esquizofrenia. Durante muchos años pensé que había sólo un tipo de esta primitiva relación de dos personas, el tipo que ahora llamo ocnofilia. En esta clase de relación, como acabamos de decir, el sujeto siente el objeto como un apoyo vitalmente importante. Toda amenaza de verse separado de él le produce intensa ansiedad y muy frecuentemente la defensa que usa consiste en aferrarse al objeto. Por otra parte, el objeto hereda tanta catexia de las substancias primarias que se convierte en algo tan importante que no se le puede asignar ningún interés propio; ese objeto no debe tener intereses independientes de los del individuo, debe sencillamente estar presente y el individuo, en verdad, lo da por sentado. Las consecuencias de este tipo de relación objetal son: a) una sobrevaluación del objeto que no es necesariamente debida a una sobrecatexia por la libido narcisista, y b) una relativa inhibición a desarrollar habilidades y aptitudes personales que podrían independizar al individuo de sus objetos.

Durante aproximadamente los últimos quince años vine a descubrir un segundo tipo de relación primitiva con objetos o, para decirlo más correctamente, con el ambiente. Para designarla propuse el término "filobatismo". En esta relación los objetos son considerados indiferentes o hasta hechos fortuitos, engañosos y poco dignos de confianza que sería mucho mejor evitar. Para evitarlos, el individuo debe

desarrollar ciertas aptitudes personales —su yo— a fin de recobrar o conservar la libertad de movimientos y estar en armonía con los espacios sin objetos, tales como montañas, desiertos, mares, aire, etc., todos los cuales pertenecen a la clase de objetos potencialmente primarios —o para ser más exactos, de sustancias primarias—, pero *pari passu* las relaciones objetales de ese individuo pueden quedar trabadas.

Un rasgo común de todas estas formas primitivas de relación objetal es el de que el objeto se dé por descontado; todavía no ha surgido la idea de que exista un objeto indiferente que debería convertirse en un compañero cooperador por el "trabajo de conquista". En esta armoniosa relación de dos personas, sólo una de las partes puede tener deseos, intereses y exigencias propias; sin que exista ninguna necesidad de ponerlo a prueba, se da por supuesto que la otra parte, el objeto o el espacio amistoso, tendrá automáticamente los mismos deseos, intereses y expectaciones. Esto explica por qué tan a menudo se lo llama el estado de omnipotencia. Esta descripción es algún tanto incompleta; pues, a decir verdad, el individuo no tiene una sensación de poder ni necesita del poder, ni necesita hacer esfuerzos, puesto que todas las cosas están en armonía.

Si surge alguna dificultad o discrepancia entre sujeto y objeto, la reacción se traducirá en síntomas vehementes y pronunciados que indican procesos de naturaleza en alto grado agresiva y destructiva o de naturaleza desintegrada, es decir, como si todo el mundo, incluso el sí-mismo, se hiciera añicos, o como si el sujeto se viera invadido por puros impulsos agresivos y destructivos. Por otro lado, si desde afuera se permite que la armonía persista sin gran perturbación, el individuo reaccionará con una sensación de tranquilo y sereno bienestar que es difícil de observar pues no es llamativa.

Expresada en lenguaje adulto, esta diferencia podría formularse así: "Tengo que ser amado y buscado en todos los aspectos por toda cosa y toda persona que sea importante para mí, sin que nadie me exija un esfuerzo o pretenda una retribución por amarme. Se trata tan sólo de mis deseos, intereses y necesidades que son lo único que cuenta; ninguna de las personas que son importantes para mí debe tener otros intereses, deseos y necesidades que no sean los míos, y si los tiene diferentes debe subordinarlos a los míos sin resentimiento ni resistencia; en realidad, debe procurarles placer a esas personas ajustarlos a mis deseos. Si

esto ocurre, me sentiré feliz, complacido y bueno, pero eso es todo. Si ello no ocurre, todo será terrible tanto para el mundo como para mí".

Si tenemos en cuenta que en esta fase la armoniosa relación entre sujeto y objeto o espacio es tan importante como la existencia del aire para nosotros, comprendemos que aparezcan síntomas pronunciados vehementes y agresivos cuando queda perturbada la armonía entre el sujeto y su objeto primario o substancia primaria. Esta relación primaria es tan importante para el sujeto que no puede tolerar ninguna interferencia del exterior y si ocurre algo contrario a sus deseos o necesidades, sencillamente deberá recurrir a medios desesperados.

¿De qué manera entra el odio en esta relación? El odio es la perpetuación de la incondicional dependencia respecto del amor primario, con la diferencia de que su signo se ha cambiado y es negativo. Como lo señalé en mi artículo "On Love and Hate" (1951), para liberar al individuo de la fijación de su odio, es indispensable la cooperación de su ambiente, pues los cambios internos difícilmente basten. En raros casos, hechos exteriores pueden por azar determinar los cambios requeridos en el ambiente, pero las condiciones para que esto ocurra son tan difíciles que ciertamente hay pocas probabilidades de que en efecto se dé esta situación. La única situación en que cabe esperar que el ambiente satisfaga intencional y sistemáticamente esas difíciles exigencias es la situación analítica, especialmente durante la fase del "nuevo comienzo". Si el analista logra responder de manera apropiada a los deseos primitivos y fantásticos, puede ayudar al paciente a reducir la desigualdad opresiva que éste siente entre sí mismo y su objeto. Con la disminución de esta desigualdad, la dependencia del paciente respecto de su objeto primario, que fue reactualizado en la fase de nuevo comienzo del proceso analítico, puede decrecer también considerablemente y hasta desaparecer del todo. Cuando la desigualdad y con ella la dependencia se reducen, el paciente ya no sentirá necesidad de defenderse contra ellas; el odio puede entonces desaparecer en gran medida y junto con él puede desaparecer la intensidad de los impulsos agresivos y destructivos.

Si mi teoría es correcta, cabe esperar que encontremos estos tres tipos de relaciones objetales *—la más primitiva y armoniosa interpenetración, la relación ocnofílica de aferrarse a los objetos y la preferencia filobática por los espa-*

cios sin objetos— en todo tratamiento analítico en el que se permita un proceso de regresión hasta un cierto punto. La verdad es que llegué a mi teoría por el camino inverso, observando en mi práctica analítica estos tres tipos de relación conmigo y con el ambiente en general; y entonces construí mi teoría partiendo de esas observaciones.

¿Cuál es el lugar del narcisismo en esta teoría? A mi juicio, *todo narcisismo es secundario* respecto de la más primitiva de estas relaciones, la armoniosa interpenetración; la causa inmediata del narcisismo es siempre una discrepancia entre el individuo y su ambiente, esto lleva a la frustración como consecuencia de la cual el individuo viene a diferenciar lo que hasta entonces era la armoniosa fusión del sí-mismo y el ambiente, retira parte de su catexia del ambiente y la carga en su yo en desarrollo.

CAPITULO 13

AMOR ADULTO

En "Introducción al narcisismo" Freud escribió: "... la meta y la satisfacción en una elección narcisista de objeto es ser amado" (Standard Edition, XIV, pág. 98). Desde luego, ésta es otra impecable observación clínica, pero con algo de un *non sequitur* teórico. La elección objetal narcisista significa que el sujeto se toma a sí mismo o a alguien que lo represente o que derive de él como objeto de amor, pero no se sigue necesariamente de la teoría del narcisismo que el individuo desee ser amado por otros. Por el contrario, ha retirado su libido del mundo exterior —o bien no lo ha catectizado todavía—, de manera que sólo él mismo o alguien que lo representa puede importar, de suerte que el resto de su ambiente debería serle más o menos indiferente. Evidentemente ésta es otra de las contradicciones internas inherentes a la teoría del narcisismo primario.

Toda la bibliografía clínica sobre el narcisismo —esto es, sobre el narcisismo secundario— muestra este mismo cuadro de excelentes observaciones, fácilmente verificables, que encajan mal en el lecho de Procusto del narcisismo primario. Annie Reich (1953), por ejemplo, dice que los objetos en el nivel sexual pregenital son usados "egoístamente" para la propia gratificación; todavía no puede considerarse el interés que tengan esos objetos, de manera que "definamos esa conducta como fijada en niveles pregenitales o como relación objetal o como narcisista es una cuestión de terminología". La autora agrega: "En estos niveles tempranos se

encuentran actitudes pasivas con más frecuencia que actitudes activas apuntando a un objeto" (págs. 22-24).

Me parece bastante dudoso que puedan encontrarse conexiones lógicas entre el deseo de ser amado pasivamente, el uso "egoísta" de objetos, la incapacidad de importarle a uno el interés que puedan tener esos objetos, el predominio de actitudes pasivas expectantes sobre actitudes activas que tiendan a satisfacciones y la teoría del narcisismo primario, la cual establece que toda la libido está concentrada o en el yo o en el ello. . . o en el sí-mismo.

Tampoco entendemos por qué no tiene importancia para nuestra teoría que consideremos estas observaciones clínicas como fijaciones en niveles pregenitales, como relación objetal o como narcisismo ni por qué ésta es meramente una cuestión de terminología. En lugar de sostener tal cosa, repetiría yo que todo esto es una consecuencia natural de usar una "teoría maleta" como es la teoría del narcisismo primario. Antes de emprender un viaje uno debe decidir lo que necesitará en él y meter en las valijas lo que crea necesario. Si luego resulta que uno necesita algo más, deberá comprarlo *en route*; no hay otra solución.

Todas estas observaciones se ajustan bien a la teoría del amor primario; en realidad, partiendo de ella se las puede predecir y considerárselas así pruebas confirmatorias de la validez de la teoría. Las "actitudes pasivas" y la necesidad de ser amado son una parte integrante de una relación con un objeto primario así como lo son la forma "egoísta" de amor y la incapacidad de preocuparse por los intereses de los objetos o su modo de ser. Como hube de señalarlo varias veces en estas tres formas de relación primitiva —la interpenetración armoniosa, la ocnofilia y el filobatismo— el sujeto quiere que sus objetos o su ambiente se den por sentados; esos objetos o ambiente sencillamente no pueden tener un interés que les sea propio; su única preocupación debe ser conservar a toda costa la armonía.

La meta última del anhelo libidinal es, pues, la conservación o restauración de la armonía original. Citaré de nuevo a Annie Reich, que describe la sensación de éxtasis que acompaña al orgasmo con estas palabras: "En ese estado era como si la individualidad de la mujer hubiera cesado de existir; se sentía arrojada y unida al hombre" (*op. cit.*, pág. 27). La autora compara esta *unio mystica* con lo que Freud llamó la sensación oceánica: "el fluir conjunto del sí-mismo, del mundo del sí-mismo y del objeto primario implica un

transitorio abandono de las fronteras de separación" (*op. cit.*, pág. 27). Permítaseme repetir aquí que también esta observación clínica tuvo que ser metida en la "teoría maleta" del narcisismo primario y que es empero una consecuencia natural del amor primario.

Esta *unio mystica* (el restablecimiento de la interpenetración armoniosa entre el individuo y las partes más importantes de su ambiente, los objetos de amor del individuo) es el deseo de toda la humanidad. Para alcanzarla, un objeto indiferente o posiblemente hostil debe ser transformado en un compañero cooperativo por obra de lo que he llamado el trabajo de conquista (1948). Este trabajo hace que el objeto, convertido ahora en un compañero, tolere que se dé por supuesto durante un breve período que sus intereses sean idénticos a los del sujeto. Los individuos varían considerablemente en cuanto a las aptitudes necesarias para llevar a cabo esta "conquista" y, en consecuencia, no todos son capaces de lograr periódicamente un orgasmo o, lo que viene a ser lo mismo, una asociación armoniosa. Aun así, ésta es la manera más común de restablecer la armoniosa interpenetración primaria.

En la vida adulta existen unas pocas posibilidades más de alcanzar esta meta última; todas ellas requieren considerables aptitudes y talento. Son el éxtasis religioso, los sublimes momentos de creación artística y, por último, aunque esto atañe más a los pacientes, ciertos períodos regresivos durante el tratamiento analítico. Aunque en todos estos estados el individuo está librado a sí mismo y da la sensación de retiro narcisista, todos tienen en común el rasgo fundamental de que en esos brevísimos momentos el individuo puede sentir real y verdaderamente que toda desarmonía ha desaparecido y que él y todo su mundo se encuentran ahora unidos en serena comprensión y en una interpenetración completamente armoniosa.

RESUMEN

1. Freud propuso, de manera igualmente categórica, tres teorías sobre la relación más primitiva del individuo con su ambiente. Estas teorías son la de la relación objetal primaria, la del autoerotismo primario y la del narcisismo pri-

mario. Aunque las tres se contradicen recíprocamente, Freud nunca discutió este hecho en libros o artículos.

2. En cambio, Freud intentó realizar una síntesis de estas tres teorías en favor del narcisismo primario. Caracterizó el autoerotismo como la satisfacción propia de la fase del narcisismo primario, en tanto que consideró cualquier clase de relación objetal, de tipo anaclítico o de tipo narcisista, como secundaria. Esta construcción teórica entraña varias contradicciones internas, ninguna de las cuales fue reconocida por Freud. En años recientes fueron señaladas especialmente por Hartmann, Kris y Loewenstein, que también propusieron una nueva terminología, la cual, aunque resuelve algunos de los viejos problemas, parece crear otros nuevos.

3. Al volver a examinar los argumentos que usó Freud y que posteriormente usaron otros autores para hacer aceptable la existencia del narcisismo primario, comprobamos que ellos sólo demostraban la existencia del narcisismo secundario. Las únicas dos excepciones que no podían explicarse tan sólo sobre la base del narcisismo secundario eran los estados regresivos en la esquizofrenia y los estados regresivos del acto de dormir; pero aun en estos dos casos se comprobaba que la regresión es una regresión a una forma primitiva de relación antes que al narcisismo primario.

4. Como las observaciones clínicas no parecían suministrar una base suficientemente segura para aceptar la teoría del narcisismo primario, la teoría analítica recurrió al expediente de trasponer a una fase anterior el fenómeno: al período de la vida fetal. Un examen atento de los datos de que se dispone sugirió que la teoría del narcisismo primario, aunque compatible con esas observaciones, no se sigue necesariamente de ellas. Propusimos entonces una teoría del amor primario que parece estar más de acuerdo con los hechos observados.

5. Empleando esta teoría, una serie de observaciones clínicas puede comprenderse e integrarse mejor, lo cual representa un sugestivo argumento en favor de la validez de esta teoría. Dichas observaciones comprenden: experiencias con esquizofrénicos, con pacientes alcohólicos, con pacientes "narcisistas" y las varias modificaciones técnicas propuestas por algunos autores a fin de capacitar al paciente para establecer una relación terapéuticamente eficaz en la situación analítica.

6. Por último el examen de la vida erótica del hombre suministra ulterior apoyo a la teoría del amor primario.

PARTE III

EL ABISMO Y LAS RESPUESTAS DEL ANALISTA

CAPITULO 14

LA REGRESION Y EL NIÑO QUE HAY EN EL PACIENTE

Por lo general, en la situación terapéutica los analistas toleran ciertos modos de comunicación además de las comunicaciones expresadas con palabras. Esta actitud "tolerante" acarrea ciertas consecuencias. Tal vez la más importante de ellas sea la de que abre las puertas a la exoactuación, que equivale a una regresión, pues las palabras siempre son una forma más adulta de comunicación que las acciones, los ademanes y los gestos.

En cierto modo, el proceso de maduración y civilización significa emplear cada vez menos masas físicas, es decir, usar cada vez menos energía muscular para expresar la misma idea o mensaje o producir el mismo efecto. Esto quiere decir que cuantos menos músculos intervengan, tanto más delicados y sutiles serán los movimientos. De todos los músculos corporales, quizá los músculos del habla sean los que tienen la menor masa y sean, por lo tanto, los más sutiles y finos; en consecuencia, moverlos exige menos empleo de energía que mover otros músculos. Pero el proceso de maduración no se detiene aquí. El niño, o el hombre primitivo, reemplaza primero la acción por gritos o alaridos, o sea que expresa la misma intensidad de emoción empleando menores cantidades de masa física y de energía muscular. La recompensa de esta contención y disciplina se traduce en una creciente sutileza y riqueza de expresión que implican la intervención de la vida consciente y preconsciente. Es concebible que esta actividad se extienda más allá y llegue

al inconsciente; éste sería otro ejemplo de lo que Freud llamó la educación de los instintos.

Es propio de la situación analítica invertir hasta cierto punto estos procesos de maduración y civilización. En lugar de hacer sutiles bosquejos e insinuaciones, el paciente aprende a expresar explícitamente y a menudo con intensidad primitiva lo que piensa y siente; pronto advierte que no bastan las descripciones frías y objetivas y que también deben expresarse sus emociones concomitantes. Entonces varía la intensidad y altura de su voz y se vale de gestos o movimientos; hasta puede verse arrastrado por su emoción y así llega a la exoactuación en la transferencia o en la situación analítica. Todo esto inevitablemente equivale a dar lugar a una tendencia regresiva que comprende al paciente y a su analista. Lo que ocurra ahora dependerá de las respuestas del analista. Desde luego, todo analista procurará comprender lo que el paciente trata de comunicarle mediante la exoactuación; pero a fin de influir en la exoactuación, el analista debe comunicar —expresar— de alguna manera su comprensión. Sin embargo, la manera individual de cada analista de expresar su comprensión o, como me gusta decir a mí, sus habituales respuestas a la "exoactuación", al "comportamiento" o a la "repetición", puede variar considerablemente y todas esas variaciones influirán mucho en la "atmósfera" creada en el consultorio del analista.

El primer analista que describió la atmósfera creada por sus consecuentes "respuestas" fue, por supuesto, Freud que se complacía en compararla con el reflejo de un bien pulido espejo. Tomado literalmente, esto significa que el analista no aporta ningún material extraño al trabajo analítico, sino que meramente *refleja* sin deformaciones lo que tiene su origen en el paciente. Esto puede ocurrir únicamente —aunque nunca se lo afirmó explícitamente— si el material entregado por el paciente consiste casi exclusivamente en palabras y, *a fortiori*, si las contribuciones del analista al desarrollo de la situación también consisten exclusivamente en palabras. Todas esas palabras procedentes del paciente y de su analista son usadas y comprendidas en la convencional manera adulta. En verdad, en las historias clínicas publicadas por Freud, no pude encontrar una interpretación de algún material no verbal entregado por un paciente, aunque ya en *La histeria* (1895) Freud registró observaciones de fenómenos no verbales. Sabiendo hasta qué punto son despiadadamente precisos los informes de Freud sobre

su trabajo clínico, esta restricción que él mismo se impuso resulta evidente. Un espejo refleja una imagen pero no modifica su naturaleza, por eso las palabras pueden ser reflejadas por palabras, pero la traducción de material no verbal a las palabras estaría más allá de la función del trabajo analítico que es una función semejante a la de un espejo.

Poco a poco hemos aprendido a comprender y a usar no sólo el material verbal que nos entregan nuestros pacientes, sino también lo que yo llamo la "atmósfera", creada en parte por palabras, en parte por la manera en que el paciente las usa y en parte por todo eso que llamamos "exoactuación", "comportamiento" o "repetición" en la situación analítica. Como ya dije, este último grupo siempre tiene un aspecto de regresión.

Desde un punto de vista clínico, esta circunstancia significa que de vez en cuando se observarán fenómenos de regresión durante todo tratamiento analítico.

Sin embargo, entre los analistas las opiniones están muy divididas acerca de la frecuencia, la significación y la importancia de estos fenómenos. Las opiniones también varían en lo que se refiere a la medida en que estos fenómenos son causados por el paciente, es decir, por su personalidad, por la naturaleza y gravedad de su enfermedad o por la técnica individual del analista. A mi juicio, tanto el paciente como el analista contribuyen a ello, aunque no es fácil establecer hasta qué punto contribuye cada uno de ellos. Todo intento de establecer la contribución de exclusivamente una parte será probablemente falaz desde el principio. Pero aun teniendo en cuenta este hecho, cabe esperar que toda descripción esté teñida con las tendencias personales de su autor, y especialmente por sus experiencias corrientes que, por lo menos en parte, están determinadas por su técnica individual. Mi descripción no será una excepción a esta regla.

Por supuesto, las contribuciones de una y otra parte no están por completo verbalizadas durante el tratamiento... ni tampoco lo están en las discusiones científicas. Pero en general, es el paciente quien se ve llevado poco a poco a expresar sus contribuciones no verbales con palabras —entre esas contribuciones no verbales están sus tendencias regresivas—, con lo cual "convierte su repetición en recuerdo"; en tanto que el analista generalmente no se encuentra sometido a semejante presión. Siente que su conducta profesional y que los detalles de su técnica están tan bien estan-

darizados que le parecen "naturales", sensatos y científicamente justificados, tanto que en un tratamiento que se desarrolla normalmente y con serenidad el analista no sentirá la necesidad de cambiar su "repetición en recuerdo", expresando en palabras su conducta habitual en la situación terapéutica, como si se sometiera a un examen de competencia. En muchos aspectos esta actitud es sensata y realista, si no ya por otras razones, por las razones de economía mental. El analista puede además tranquilizarse diciéndose que su conducta ya ha sido aprobada en el examen de competencia del pasado, durante sus años de estudio y adiestramiento. Y es así como los analistas llegan a la idea de la técnica "clásica" o la técnica "apropiada", según los casos.

Prosigamos, aunque sólo brevemente, con este ejemplo y consideremos las contribuciones de los pacientes. Los pacientes difieren enormemente en lo tocante a la regresión. Pueden distinguirse dos tipos extremos de pacientes y, desde luego, una serie de grados intermedios. Con un tipo extremo pueden alcanzarse resultados terapéuticos perfectamente satisfactorios sin llegar a un grado de regresión que vaya más allá del nivel edípico. Con el otro extremo, pueden obtenerse resultados durante un breve tiempo, pero no resultados verdaderos y estables; con estos pacientes se consigue tan sólo lo que se llaman breves mejorías transferenciales; los verdaderos resultados terapéuticos se dan sólo después de un período de regresión, que puede ser breve o prolongado, pero que por su naturaleza es siempre más primitivo que el de los bien conocidos fenómenos pertenecientes al nivel edípico.[1]

[1] Una posible explicación teórica de estas diferencias recurre a la idea de trauma. Según esta explicación el individuo se desarrolló más o menos normalmente hasta el momento en que quedó herido por un trauma. A partir de entonces su ulterior desarrollo está fundamentalmente influido por el método que elabore en ese momento para afrontar los efectos de ese trauma particular: ese método o medio es la falta básica del individuo. El trauma mismo, desde luego, no es necesariamente un hecho aislado; por el contrario, generalmente equivale a una situación que dura algún tiempo y que se debe a una penosa falta de comprensión —falta de "ajuste"— entre el individuo y su ambiente. Por lo general, el individuo es un niño y su ambiente está compuesto por los adultos de su mundo.

Cierto es que, a pesar de la falta general de "ajuste", en ciertos casos algún adulto o hasta algunos adultos se ponen de parte del niño, pero lo más frecuente es que el individuo débil e inmaduro tenga que pugnar por sí mismo con la situación traumática; o no recibe ayuda alguna o sólo recibe ayuda de una clase que viene a ser una continuación de la falta de comprensión y que, por lo tanto, le resulta inútil.

Volvamos ahora a las respuestas del analista que, como acabamos de decir, constituyen una parte importante de su contribución a la formación de la "atmósfera". Buenos ejemplos de posibles variaciones son las respuestas que da el analista a la solicitud de un paciente de prolongar la sesión analítica. La duración tradicional de ésta es de cincuenta minutos,[2] y por lo general el analista dispone de cinco o diez minutos libres antes de emprender la siguiente sesión. ¿Satisfará uno en principio o no la solicitud del paciente de permanecer en el consultorio cinco o diez minutos más? Si el paciente llegó cinco o diez minutos tarde, ¿los compensará el analista? Independientemente del hecho de que la flexibilidad del analista está también limitada por circunstancias exteriores (el paciente siguiente puede estar ya esperando; por otro lado, el analista puede tener que hacer algo

---

De esta manera, el individuo viene a adoptar su propio medio o método para habérselas con el trauma, un método del que echó mano en su desesperación o le fue ofrecido por algún adulto incomprensivo que puede haber tenido buenas intenciones o puede haber sido sólo indiferente o negligente, o descuidado u hostil. Como acabamos de decir, el desarrollo ulterior del individuo se verá influido o en todo caso limitado por ese medio o método que, aunque útil en ciertos aspectos, es invariablemente costoso y, sobre todo, ajeno al individuo. Sin embargo, éste lo incorporará en la estructura de su yo —como su falta básica— y todo aquello que contraríe su método le parecerá aterrador o algo más o menos imposible.

La tarea del tratamiento analítico consiste, pues, en afrontar los temores que obstruyen el camino a la readaptación —llamados "fijaciones"— y capacitar al paciente para que aumente sus potencialidades y desarrolle nuevos métodos para encarar sus dificultades. El resultado de esta empresa depende también, desde luego, del momento en que el trauma hirió al individuo y de la medida en que el medio escogido en aquella oportunidad sea compatible con el desarrollo de cualquier forma de "amor genital". En algunos tratamientos es aparentemente necesario remontarse al período pretraumático para permitir que el paciente reviva el trauma mismo y pueda movilizar así su libido "fijada" y encontrar nuevas posibilidades de resolver los problemas en cuestión. Si el trauma ocurrió en una etapa relativamente tardía del desarrollo del individuo, el punto a que debe remontarse el tratamiento estará todavía en el ámbito del nivel edípico y entonces no será necesaria una regresión más allá de este nivel y posiblemente la regresión sea apenas observable en la situación analítica. Pero si el trauma hirió al paciente en un punto que va más allá del ámbito edípico, es probable que se produzca una fuerte regresión que será bien observada.

[2] Cuando comencé a practicar el psicoanálisis, en la década de 1920, la sesión duraba cincuenta y cinco minutos.

después de la sesión de su paciente y éste, por una razón u otra no tiene conocimiento de ese hecho), ¿deberá acceder a la petición de ampliar la sesión? Y si lo hace, ¿qué criterios debería aplicar para determinar si es aconsejable o no extender la sesión?

Una forma aun más difícil del mismo problema se presenta cuando el paciente pide que se le conceda una sesión suplementaria durante el fin de semana o después de la jornada de trabajo o hasta durante las vacaciones del analista. Creo que es indiscutible que, cualquiera sea la manera en que el analista responda, no será sólo el paciente sino que también será el analista quien contribuya a crear una "atmósfera" en el tratamiento analítico. El paciente de Anna Freud, tan frecuentemente citado, al que se le permitía presentarse en la casa de la analista a cualquier hora del día y hasta durante el fin de semana, es una prueba convincente de que la aceptación y gratificación de algunas tendencias regresivas o de exoactuación no son en modo alguno incompatibles con la técnica "clásica"; en otras palabras, no existe aquí un parámetro rígido.

Los ejemplos mencionados son muestras algún tanto gruesas de las respuestas que el analista da a la exoactuación regresiva de un paciente; los elegí porque por su estructura simple podían ser fácilmente discutidos. Aunque resulta más difícil de demostrar, es seguro que hay innumerables maneras en que el analista pueda responder a las sutiles formas de regresión de su paciente. La respuesta del analista puede indicar indiferencia, desaprobación o tal vez sólo un ligero fastidio; el analista puede tolerar la exoactuación, pero inmediatamente debe dar una interpretación correcta y oportuna que, a su vez, determinará que el paciente avance unos pasos en el proceso de aprender el lenguaje del analista y que frenará la exoactuación; el terapeuta puede con simpatía permitir la exoactuación como una válvula de seguridad o puede admitirla como un hecho dado sin sentir más necesidad o menos necesidad, que para el caso es lo mismo, de dar una interpretación, es decir, de interferir en la exoactuación; no siente más necesidad de dar interpretaciones que en cualquier otra forma de comunicación, por ejemplo, asociaciones verbales. Evidentemente, sólo en este último caso, exoactuación y asociaciones verbales son aceptadas igualmente como comunicaciones dirigidas al terapeuta.

El analista puede aceptar las necesidades de regresión de

su paciente sólo como comunicaciones comprensibles, como fantasías, que en todos los demás aspectos son completamente irreales; por consiguiente la respuesta —explícita o implícita— del analista significará que toda gratificación de tales necesidades sería incompatible con la situación analítica. Otra manera algún tanto diferente sería la de aceptarlas como justificables dentro de la situación analítica. Y por último es también posible no sólo aceptar algunas de esas necesidades por considerárselas completamente justificadas, sino también gratificarlas, en la medida en que la gratificación es compatible con la situación analítica. Esto era exactamente lo que ocurría en el caso de Anna Freud que acabamos de citar.

Por supuesto, todas estas respuestas contribuyen —cada una a su manera— a crear la "atmósfera" del tratamiento. Algunas respuestas abren de par en par las puertas a la regresión, otras le ofrecen sólo una estrecha abertura, y otras tratan de impedirla. De manera que la regresión durante el tratamiento analítico depende no sólo del paciente sino también de su analista. En los capítulos 16-18 tornaremos a examinar algunas de las respuestas, "estandarizadas" y las consecuencias de ellas. Pero antes me ocuparé de las consecuencias inevitables de la regresión a la que se permite ir más allá del nivel edípico.

Como acabamos de observar, bajo la influencia del marco psicoanalítico todos los pacientes sin excepción sufren un proceso regresivo hasta un determinado punto; es decir, se hacen infantiles y experimentan intensas emociones primitivas en relación con el analista; todo esto, por supuesto, forma parte de lo que generalmente se llama transferencia.

El impacto de estas emociones tan intensamente cargadas determina una curiosa desigualdad en la relación de analista y paciente. Este siente al analista como una persona poderosa, vitalmente importante, pero sólo en la medida en que el analista es capaz de gratificar o de frustrar las expectaciones, esperanzas, deseos y necesidades del paciente; fuera de esta esfera, el analista como persona real de todos los días apenas existe. Desde luego, el paciente da en toda clase de fantasías respecto de su analista pero en general estas fantasías tienen que ver más con el mundo interior del paciente que con la vida real y la personalidad real del analista. Aunque en comparación con el analista el paciente suele sentirse débil y mucho menos importante, sólo él (el paciente) cuenta, y cuenta enormemente; exclusivamente sus de-

seos, sus impulsos y necesidades deben atenderse y exclusivamente sus intereses deben constituir el constante foco de atención.

Este esquema es general; aunque no haya excepciones, su intensidad y duración varían según los pacientes. Algunos no van más allá de cierto punto y los procesos terapéuticos iniciados de esta manera son lo bastante eficaces para llevar a cabo ajustes suficientes; después de cierto tiempo el paciente emerge espontáneamente de esta primitiva relación de dos personas y queda curado. En otros pacientes, empero, se dan otros procesos además de los que acabamos de describir.

En la Parte I, examiné con cierta amplitud estos procesos tales como eran observados por el terapeuta; aquí enumeraré sólo las más importantes de esas observaciones: las palabras ya no son dignas de confianza como medios reconocidos de comunicación entre paciente y analista; el paciente tiende a experimentar las interpretaciones, ya como signos de hostilidad y agresividad, ya como signos de afecto; los pacientes comienzan a saber mucho sobre sus analistas; es bastante común que tengan más conciencia de los estados anímicos de su analista que del suyo propio; paralelamente su interés parece apartarse cada vez más de sus propios problemas y sufrimientos, que fueron los que los llevaron a buscar ayuda analítica, y concentrarse cada vez más en adivinar cuáles son los "verdaderos motivos" que el analista tuvo para decir esto o aquello, para comportarse de una determinada manera o para estar en un particular "estado de ánimo". Todo esto absorbe una considerable cantidad de libido y tal vez ésta sea la razón por la cual los pacientes que están en ese estado aparentemente pierden una buena medida de su tendencia a mejorar o de su deseo de cambiar y hasta su capacidad de cambiar. Paralelamente, lo que esperan del analista crece fuera de toda proporción realista, tanto en un sentido positivo (en la forma de simpatía, comprensión, atención, pequeños regalos y otras señales de afecto) como en un sentido negativo, en la forma de violentos ataques, despiadadas represalias, indiferencia glacial y extrema crueldad. Para condensar esta situación en unas pocas palabras podríamos decir que el pasado pierde casi toda su importancia para el paciente a quien sólo le importa ahora el presente analítico.

En los habituales términos analíticos todo esto se describiría como una exacerbación de la neurosis de transferencia

o amor transferencial que ha llegado a dominar toda la situación terapéutica y que en realidad se ha hecho tan intensa que ahora es impermeable a las interpretaciones corrientes. Algunos analistas piensan que este fenómeno es producido por fantasías persecutorias paranoides del paciente que invaden la transferencia. Opino que todas estas descripciones son demasiado débiles y que por lo tanto pasan por alto la situación real (1958).

Es un hecho bien conocido el de que hasta los más expertos y experimentados analistas tienen a veces dificultades con algunos pacientes y hasta incurren en ocasionales fracasos. Por desagradable que esto sea debe aceptarse que no hay excepciones a esa regla. Sostengo que la gran mayoría de las dificultades y fracasos se registra en el tratamiento de pacientes que muestran los signos que acabamos de describir. Suele caracterizárselos generalmente como "profundamente perturbados o alterados", "profundamente escindidos", "seriamente esquizoides o paranoides", "que sufren de una profunda herida narcisista", "que tienen un yo demasiado débil o inmaduro", etc.; todas estas caracterizaciones implican que en estos pacientes la raíz de su mal está más allá del complejo de Edipo o es más profunda; y este complejo constituye nuestro habitual punto de referencia con el paciente medio.

Para llegar a una comprensión mejor de algunas de las dificultades que encontramos en nuestro trabajo terapéutico con esta clase de paciente, en la Parte I propuse que se considerase la psique humana —o quizá sólo esa parte de ella que se llama el yo— como constituida de tres ámbitos: el del complejo de Edipo, el de la falta básica y el de la creación. Cada ámbito está caracterizado por una forma específica de la fuerza psíquica que obra en él y además por un nivel específico de los procesos mentales. Recapitulemos brevemente.

En el ámbito del complejo de Eipo, la estructura característica es una relación triangular, que consiste en el sujeto y dos objetos; su fuerza característica tiene su origen en un conflicto, y el nivel de procesos mentales es el que corresponde al lenguaje adulto convencional, que puede expresar apropiadamente los fenómenos que ocurren en este ámbito.

En el ámbito de la falta básica, la estructura propia es una relación exclusivamente de dos personas, una relación más primitiva que las que se dan entre adultos. La forma de la fuerza mental que obra en este ámbito no es la de un con-

flicto; en las Partes IV y V discutiremos cuál sea esa forma. Sin embargo, ya aquí puedo decir que en ciertas condiciones la fuerza que opera en este nivel determina estados semejantes a la adicción y que, en consecuencia, se la designa habitualmente en nuestra bibliografía como avidez o voracidad. El nivel de los procesos mentales, especialmente como aparecen en la situación terapéutica, se designa con expresiones tales como "preedípico", "pregenital", "preverbal", etc. En el capítulo 4, consideré en detalle las razones por las cuales creía que estos términos eran equívocos y por las cuales propuse llamarlo el nivel de la falta básica.

Por último, tenemos el ámbito de la creación, caracterizado por la ausencia de todo objeto exterior. Como nuestro método analítico se basa en la transferencia y por lo tanto está inseparablemente vinculado con la presencia de por lo menos un objeto exterior, además del sujeto, no tenemos acceso directo al nivel de los procesos mentales de este ámbito ni a la forma de las fuerzas que obran en él. Ello no obstante, los procesos que se dan en este ámbito tienen gran importancia técnica para nosotros, como lo ejemplifican —entre muchos otros ejemplos— los problemas creados por un paciente silencioso.

De manera que sería lícito esperar que hubiera tres diferentes series de procesos terapéuticos en la psique y suponer posiblemente también que los analistas necesiten tres series diferentes de medidas técnicas, destinada cada una a influir en el ámbito correspondiente de la psique. Además, como la situación analítica es esencialmente una relación de dos personas, con rasgos claramente más primitivos que los del nivel edípico, también cabría esperar que nuestros conocimientos teóricos sobre el ámbito de la falta básica y nuestros métodos técnicos para afrontar los problemas que encontramos en él, estuvieran mucho más desarrollados y mucho más seguramente fundados que los conocimientos y métodos correspondientes a los otros dos ámbitos.

Claro está que la situación es exactamente la contraria. Casi toda nuestra teoría analítica corresponde a estructuras y procesos psíquicos pertenecientes al nivel edípico y lo que se llama técnica analítica "clásica" —indudablemente la variedad mejor fundada de todas las técnicas analíticas— se aplica casi exclusivamente a problemas que tienen una estructura dinámica activada por algún conflicto o conflictos, y esos problemas pueden expresarse sin mayor dificultad en

el lenguaje convencional reconocido, pues se trata de problemas pertenecientes al ámbito edípico.

Para demostrar la naturaleza de la diferencia que hay entre los problemas técnicos que surgen del ámbito edípico y los problemas que surgen del ámbito de la falta básica, volvamos a examinar los fenómenos de regresión desde otro ángulo diferente. Una de las primeras observaciones clínicas es la de que en uno u otro punto del tratamiento analítico los pacientes dejan de mostrarse dispuestos a cooperar. Esto puede tomar la forma de una negativa a moverse o a cambiar, la forma de una incapacidad, aparentemente completa, de aceptar cualquier condición exterior adversa o de tolerar cualquier aumento de tensión. Si el período de no cooperación es breve, se dice que se debe a una pasajera resistencia o a una "escisión", pero si es prolongado se lo atribuye a mecanismos esquizoparanoides que perduran. Otro tipo de interpretación atribuye estos estados a un insoluble resentimiento contra la madre y sus representantes posteriores, por no haber prodigado al paciente el afecto, la simpatía y la comprensión que éste debería haber tenido.

Aunque siempre se ha aceptado que en todo paciente hay una parte que no está dispuesta a cooperar, poco se ha dicho sobre qué cosa decide que un paciente coopere poco o mucho en una determinada situación analítica en un período dado. En casos agudos de regresión, el paciente parece incapaz de comprender lo que se espera de él, por ejemplo, sometimiento a nuestra "regla fundamental"; en semejantes momentos es prácticamente inútil tratar de recordarle las dolencias que lo aquejan y que lo impulsaron a buscar ayuda analítica, puesto que el paciente está exclusivamente preocupado por su relación con el analista, por las gratificaciones y frustraciones que puede esperar de él; continuar el trabajo analítico en estas condiciones no parece tener sentido. Pero cuando se comprende que este tipo de transferencia, que absorbe casi toda la libido del paciente, tiene la estructura de una relación exclusivamente de dos personas —a diferencia de la transferencia "normal", edípica, que es netamente triangular—, se lo reconoce como otro signo diagnóstico más de que el paciente ha llegado al ámbito de la falta básica.

Esto nos lleva directamente a nuestro tema principal: cómo hacer que la parte no cooperadora de un individuo coopere, es decir, esté dispuesta a recibir ayuda analítica. Lo

que quiero significar aquí es diferente de vencer resistencias, resolver conflictos en el plano edípico o de anular retroactivamente una "escisión"; se trata de algo que se acerca más a estimular o tal vez a crear en el paciente una nueva disposición a aceptar la realidad y a vivir en ella, un intento de reducir su resentimiento, su falta de animación, etc., que en su neurosis de transferencia se manifiestan como obstinación, torpeza, estupidez, hipercrítica, susceptibilidad, avidez, dependencia extremada, etc.

Para explicarme esta impresión clínica tan diferente supuse que existía algo a lo que hube de llamar la falta básica, que no es un complejo ni un conflicto ni una escisión, sino que es una falta en la estructura básica de la personalidad, algo como un defecto o una cicatriz. La mayor parte de los pacientes, por supuesto, no puede decirnos lo que causa su resentimiento, su apatía, su falta de animación, su dependencia, es decir, qué es lo que le falta o cuál es ese defecto. A veces son sin embargo capaces de expresar lo opuesto mediante fantasías sobre una pareja perfecta, o una armonía perfecta con todo su ambiente, una felicidad perfecta y serena, una perfecta satisfacción con ellos mismos y con su mundo, etc. Pero lo más frecuente es que el paciente repita una y otra vez que ha quedado despojado y abatido y que nada de este mundo valdrá la pena mientras no se le restituya algo que le fue quitado, de que quedó privado —generalmente algo inalcanzable en el presente—; y en casos agudos, hasta dice que la vida no es algo que valga la pena vivir si no se le repara plenamente lo perdido, y el paciente se comporta como si esto fuera realmente cierto.

Deseo ilustrar esta clase de atmósfera con dos sueños que tuvo una paciente durante la misma noche.[3]

1) La paciente iba caminando por un bosque; de pronto un gran pájaro encarnado se abalanzó sobre ella, la atacó violentamente y le hizo una herida en la frente. La paciente se desvaneció y cayó por tierra inconsciente. Lo terrible era que aquel pájaro en ningún momento miró hacia atrás; le era completamente indiferente lo que había hecho.

2) La paciente se encontraba luego en un aposento con unos amigos y jugaba con ellos un juego de salón. Pero nadie reparaba en ella. Lo terrible era que se sentía espantosamente sola para siempre, porque nunca sería capaz de sobre-

[3] Debo este material clínico a mi mujer.

ponerse al pensamiento de que aquel pájaro ni siquiera hubiera echado una mirada en derredor.

Habría que agregar que durante cierto período la paciente tuvo muchos sueños que respondían al mismo esquema.

En otros casos el paciente repite interminablemente que sabe que debería cooperar, pero que antes de poder hacer algo en ese sentido debe experimentar alguna mejoría o hasta sentirse perfectamente bien. Al mismo tiempo tiene plena conciencia de la realidad de la situación, pues sabe que la mejoría es imposible sin su cooperación; su comprensión de la situación, sin embargo, no hace sino exacerbar su desesperación. Este círculo vicioso —que se produce con sincera convicción del paciente— puede romperse únicamente si en él se reemplaza algo que está mal o si el paciente puede recuperar dentro de sí mismo algo que poseía en otro momento y que luego perdió.

Pacientes refinados —y también analistas— pueden referirse a ese algo irreparablemente perdido como al pene o al pecho, a los que generalmente se atribuye cualidades mágicas, y pueden hablar de envidia del pene o envidia del pecho o de miedo a la castración; el concepto de afánisis de Jones (1927) se sitúa aquí, lo mismo que las ideas de Melanie Klein (1957) sobre envidia y celos innatos; pero en casi todos los casos todo esto va acompañado por un inextinguible e indiscutible sentimiento de que, si no puede repararse la pérdida, el paciente no tiene remedio y más le valdría enloquecer o morir.

Todos los fenómenos de regresión, tales como se observan en la situación analítica, impresionan irresistiblemente como primitivos y recuerdan la conducta temprana del niño, lo cual constituye un fuerte argumento en favor de la tesis de que toda neurosis o toda psicosis tiene necesariamente algunos rasgos infantiles y que todo psicoterapeuta debe siempre tener en cuenta que ha de tratar —de una manera u otra— con "el niño que hay en su paciente".

Sabemos que se presentan grandes dificultades cuando "el niño que hay en nuestro paciente" es de la edad del conflicto de Edipo. Pero el abismo que nos separa a nosotros, los adultos, del "niño que hay en nuestro paciente" de la edad de la falta básica —el "infante" en el verdadero sentido de la palabra, es decir, el que no puede hablar, en todo caso, el lenguaje de los adultos es mucho más profundo y amplio que cualquier brecha que pueda encontrarse en el nivel edípico, en el cual después de todo se emplea el lenguaje

convencional reconocido. A pesar de esta gran dificultad, el abismo que separa al paciente y al analista debe salvarse si se pretende continuar el trabajo terapéutico. Ha de entenderse con todo eso que el paciente —esto es, "el niño que hay en el paciente" de la edad de la falta básica— es incapaz de tender un puente sobre el abismo por su propia cuenta. La importante cuestión técnica es: ¿Cómo tender ese puente? ¿Qué parte de esta tarea debería ser emprendida por el analista y qué parte debería dejarse al paciente? Para evitar un posible malentendido, deseo recalcar que me ocuparé de los problemas técnicos que presentan pacientes que han sufrido un proceso de regresión hasta el nivel de la falta básica. Es probable que éste sea sólo un tipo de las llamadas regresiones "profundas". Pienso que un intenso estudio analítico de pacientes verdaderamente esquizofrénicos —pero no un estudio de los "caracteres esquizoides"— posiblemente pueda revelar características que diferencien la regresión "esquizofrénica" de la forma de la que nos estamos ocupando aquí.

Los analistas, por supuesto, han reconocido desde hace mucho estos dos problemas técnicos —salvar el abismo que nos separa a los adultos del "niño que hay en el paciente" y hacer que el paciente supere su incapacidad de aceptar la realidad y coopere en el trabajo terapéutico— y han elaborado varios métodos para afrontar tales problemas. Lo que no se ha destacado suficientemente en la bibliografía sobre este tema es el hecho de que existen varios peligros que amenazan a un terapeuta que trata de tender un puente desde él hasta un paciente en regresión, especialmente cuando la regresión ha llegado al ámbito de la falta básica; ni tampoco se ha recalcado que todos los peligros reconocen como causas las respuestas del analista a fenómenos pertenecientes a este ámbito.

Mi plan consiste en considerar la influencia general del lenguaje en la situación analítica en el capítulo 15 y luego dedicar los capítulos 16-18 a describir algunas de las respuestas "estandarizadas" que se dan a un paciente en regresión y las consecuencias de ellas. A esto seguirá, en las Partes IV y V, una exposición de mis experiencias clínicas con pacientes en regresión y de las técnicas que comprobé que eran útiles en estas situaciones.

CAPITULO 15

EL PROBLEMA DEL LENGUAJE EN LA CRIANZA Y EN EL TRATAMIENTO PSICOANALITICO

La dificultad más general, aunque no siempre plenamente reconocida, tiene como causa el hecho de que el analista continúe empleando su lenguaje habitual como vehículo para dar sus respuestas a un paciente en regresión. Por supuesto, éste es sólo un caso especial del problema del lenguaje en la situación analítica. No hay duda alguna de que un analista inglés o norteamericano analizará a un paciente anglohablante en inglés y que el paciente y el analista se comprenderán. Es cosa admitida que el analista usa con cada paciente una serie algo diferente de palabras, frases y clisés; pero en general la mayoría de estos "dialectos" es inteligible para las dos partes. Por otro lado, ciertamente *no* serán inteligibles para un francés o un alemán; primero habrá que traducirlos.

Evidentemente esto no significa que el inglés sea superior o que lo sea el alemán o el francés, sino significa tan sólo que se trata de *diferentes* lenguas. La razón de esta diferencia es histórica: en sus primeras fases formativas, los ingleses, los franceses y los alemanes aprendieron diferentes lenguas *de sus padres*.

La mayor parte de las cosas, objetos, relaciones, emociones, etc., pueden expresarse igualmente bien en varios idiomas. Quiero hacer notar que la mayor parte de las cosas pueden expresarse así, porque deseo agregar que algunas de ellas *no* pueden serlo. Y esto ocurre principalmente con las comunicaciones que tienen alta carga emocional. Buenos

ejemplos de ello son la poesía lírica o las palabras que se cantan con música; resulta casi imposible traducir estas cosas; bien se sabe que es preferible que las óperas se canten en su idioma original. Para explicar esta dificultad me valgo de la idea del "grupo de asociaciones" que rodea a cada palabra y que es diferente en todas las lenguas, diferente hasta en las varias relaciones humanas que usan el mismo idioma. Ejemplos claros son los lenguajes casi secretos de los varios oficios y profesiones, la jerga que emplean las personas que estuvieron juntas en la misma escuela, en la misma unidad del ejército, en una determinada prisión o quienes se formaron en el mismo instituto analítico. Otro ejemplo convincente es la dificultad de hallar una definición exacta especialmente en psicología. Una definición exacta aspira a despojar a las palabras que se usan de todas sus asociaciones indeseables y no deseadas, tarea que sólo muy rara vez alcanza éxito.

Como lo muestra la experiencia, potencialmente todo niño, todo paciente —o todo aspirante a analista— puede aprender cualquier lenguaje; el lenguaje que realmente *aprenderá* depende de sus padres y en el caso del paciente dependerá del lenguaje que hable su terapeuta. Esta no es una elección del niño ni del paciente que no tienen posibilidad de elegir; deben aprender la lengua o lenguaje de su ambiente.

Este es un hecho de importancia capital en nuestra práctica y teoría analíticas; los pacientes deben aprender, y en realidad aprenden, el lenguaje de sus analistas. Es cierto que continuamente el analista también aprende algo de cada uno de sus pacientes, pero este aprendizaje, aunque en alto grado importante, es ciertamente limitado en comparación con lo que un padre dispuesto puede aprender de su hijo. Aunque ese aprendizaje pueda abarcar muchas cosas, el hecho es que si el padre es inglés la lengua resultante será inevitablemente el inglés y nunca el húngaro o el chino, por ejemplo. Esto significa que el niño será capaz de expresar con facilidad sentimientos, pensamientos y experiencias como los experimentan sus padres, a la expresión de los cuales se presta la lengua inglesa; pero nunca expresará aquellos que, aunque ausentes en inglés, pudiera expresar fácilmente un niño húngaro o chino en su lengua materna, y viceversa.

Diría yo que en nuestras consideraciones teóricas este hecho ha quedado sistemáticamente callado. Por lo general,

las asociaciones de los pacientes son presentadas ostentosamente como pruebas de la corrección de las ideas de sus analistas. De una vez por todas tenemos que reconocer el hecho de que el primer deseo de un paciente es ser comprendido, y entonces se ve obligado a hablar en un lenguaje inteligible para su analista, es decir, en uno de los dialectos o lenguaje individual del analista. Además, así como un padre inglés nunca pondrá en tela de juicio la sensatez de hablar a su hijo en inglés, del mismo modo todo analista automáticamente emplea su lenguaje individual con sus pacientes; para él nada puede haber más natural.

Y así todo analista desarrolla un lenguaje analítico que en su estructura esencial continúa siendo el mismo, aunque cambia y crece para llegar a ser más rico, más exacto, más expresivo, más eficiente y más fácilmente inteligible... para todo aquel que lo haya aprendido. Por otro lado, ese lenguaje siempre choca a cualquier otro, pues le parece extraño e irritante. Pero lo que nunca debemos olvidar es que el sencillo hecho de que cierta gente lo hable y se entienda con él no lo eleva a la categoría de lengua universal por mucho que esto les gustara a quienes lo emplean.

Si aceptamos como inevitables todas estas circunstancias, ¿qué podemos hacer para remediarlas? En el caso de nuestra teoría la respuesta supone un laborioso programa; primero, tenemos que compilar un diccionario de cada uno de los lenguajes analíticos y confeccionar una gramática; es decir, debemos reunir una colección lo más completa posible de vocablos y de las posibles conexiones que pueda haber entre ellos; cuando luego comparemos estos varios diccionarios y estas varias gramáticas, comprobaremos que en cada lengua hay numerosas palabras frases y estructuras gramaticales intraducibles, pues son características de una determinada lengua; tercero, luego podremos comparar las varias lenguas y lenguajes para establecer cuál es más apropiado para expresar un determinado concepto. Esta última tarea, el trabajo más importante de investigación, sólo puede abordarse después de haber alcanzado cierto estadio las dos tareas anteriores.

Además, todas las palabras tienen su propio grupo de asociaciones, algunos difusos, algunos más concentrados, otros vagos, amplios y fluidos; otros más bien condensados, casi sólidos, pero todos ellos son en alto grado individuales. Difícilmente sea posible encontrar dos palabras absolutamente idénticas en dos lenguas diferentes. Hay muchos ejemplos

de esta falta de correspondencia, y para ilustrar lo que quiero decir mencionaré unos pocos términos técnicos embarazosos de nuestra propia ciencia.

La palabra alemana *Besetzung* puede significar en inglés *occupation, charge, cathexis* (ocupación, carga, catexia); las palabras alemanas *Lust* y *Unlust* son sencillamente intraducibles; la voz inglesa *pleasure* (placer) significa algo completamente diferente, en tanto que *unpleasure* (desplacer) es un desmañado neologismo; la palabra alemana *Angst* puede significar *fear, anxiety* y hasta *panic*. Todas estas palabras inglesas tienen sus propios grupos de asociaciones que difieren mucho de los respectivos grupos de asociaciones alemanes. Inversamente la palabra inglesa *sentiment* no tiene equivalente en alemán y el término inglés *depressed* ciertamente significa algo completamente distinto del equivalente lingüístico alemán *deprimiert*. Las voces inglesas *skill* y *thrill* no tienen equivalentes verdaderos en ninguna otra lengua europea que yo sepa. Por último, los alemanes no tienen un equivalente de *mind* (mente, espíritu, psique), pero los ingleses se sienten incómodos si alguien, salvo un sacerdote, les recuerda que tienen *a soul* (alma). En inglés hablamos de las *"diseases of the mind"*; el equivalente alemán *Geisteskrankheiten* significa "enfermedades del espíritu".

Selbstgefühl y *Selbstbewusst*, aunque en alemán son conceptos muy sencillos, no tienen equivalente en inglés a causa de los diferentes grupos de asociaciones en las dos lenguas. *Selbstbewusst* denota a alguien que tiene conciencia de sus cualidades personales, que confía con razón en su capacidad; el equivalente lingüístico inglés *self-conscious* significa exactamente lo contrario. *Selbstgefühl*, literalmente "sentimiento de uno mismo", significa —gracias al efecto mejorador de su grupo de asociaciones— "orgullo", "virilidad", "dignidad", "confianza". La teoría analítica lo tradujo como *self-esteem* (autoestima) y así desplazó considerablemente su significación bajo la influencia del grupo de asociaciones que rodea a la palabra *esteem*, que es muy diferente del grupo de asociaciones que rodea la palabra alemana *Gefühl* que significa "sentimiento".

Todos mis ejemplos fueron tomados de las correspondencias que hay entre el inglés y el alemán; pero desde luego cualquier par de lenguas exhibirá los mismos problemas, y lo propio cabe decir de los lenguajes de dos escuelas analíticas diferentes.

Desgraciadamente —o afortunadamente— en la libre asociación no sólo importa la palabra misma sino también, y en grado muy importante, todo su grupo de asociaciones. Buenos ejemplos de esto son los términos técnicos que acabamos de considerar. Tal vez Freud nunca habría desarrollado su teoría de la *Besetzung* en inglés, pues éste es un idioma que no dispone de una palabra que exprese lo que Freud quería significar. Como bien se sabe, *"cathexis"* (catexia) fue hecha a medida para llenar esa brecha, pero es improbable que alguna vez llegue a ser una palabra viva. Y lo mismo puede decirse de *Lust* y *Unlust*. Por otra parte, nuestra moderna teoría de la *depression* podía desarrollarse sólo en inglés, idioma en que esta palabra abarca un amplio y vago campo, como lo abarca de la misma manera en alemán *Besetzung* o *Abwehr*. La palabra alemana *deprimiert* con su estrecho y casi sólido grupo de asociaciones habría desalentado cualquier intento desde el comienzo.

De manera que necesitaremos no sólo un vocabulario y una gramática de cada una de las lenguas analíticas sino además una colección de las asociaciones que rodean a cada palabra. Tal vez éste sea el trabajo más difícil; hasta en lingüística, la rama correspondiente, la semántica, está todavía en sus primeras fases de desarrollo y difícilmente haya pasado la fase de reunir curiosidades. Sin embargo, es necesario hacer este trabajo.

Mientras tanto, me temo que haya que aceptar todos los idiomas y lenguajes analíticos, aunque evidentemente algunos estén mejor desarrollados que otros, en tanto que habrá algunos que se encuentren todavía en un estado primitivo y deficiente y tal vez nunca salgan de él. Con todo eso, cada uno de ellos expresa importantes detalles de la experiencia analítica y mientras no podamos traducir con confianza y seguridad las comunicaciones expresadas en una lengua a cualquiera de las otras, debemos tolerarlas todas.

Sobre esta cuestión suele aducirse un argumento. Se afirma que Freud nos entregó un lenguaje muy apropiado y eficiente que puede comprender con facilidad cualquier analista; lo cierto es que podemos aceptarlo como el lenguaje "clásico" del psicoanálisis y exigir que en adelante todo reformador compile un diccionario y elabore una gramática para mostrarnos claramente en qué punto y de qué manera su lenguaje diverge del de Freud. Esta proposición parece muy razonable, pero me temo que sea inaceptable.

Como traté de mostrarlo en los capítulos 1-3, las investigaciones clásicas de Freud no fueron mucho más allá del complejo nuclear, en tanto que todas las teorías "modernas" tratan de describir descubrimientos relacionados con el ámbito de la falta básica. Por consiguiente las varias descripciones de los descubrimientos clínicos realizadas en lenguajes analíticos "modernos" no pueden compararse con las descripciones "clásicas" de Freud; aquí no tenemos ningún *primus*, sólo tenemos *pares*. Por desagradable que parezca este hecho, debemos aceptarlo.

Y sus consecuencias son igualmente importantes en nuestra práctica. Cierto es que la existencia de diferentes lenguajes analíticos, no siempre inteligibles entre sí, puede desdeñarse mientras el trabajo terapéutico se realice y permanezca en el nivel edípico. Así y todo —como lo ejemplificaron ciertas palabras intraducibles como *Angst, Besetzung, Lust, depressed*—, podemos encontrar algunas dificultades en este terreno, pero ellas no representan verdaderos problemas técnicos. Estos surgen inmediatamente cuando nuestro trabajo con el paciente trasciende el ámbito del lenguaje convencional adulto y pasa al ámbito de la falta básica. Aquí las comunicaciones no verbales del paciente son tan importantes como sus asociaciones verbales; las llamemos "conducta", "exoactuación", "repetición" o "creación de una atmósfera", etc. Como todas éstas son "comunicaciones" no verbales, somos nosotros los analistas quienes debemos actuar como *intérpretes* entre el ser adulto y consciente del paciente y sus impulsos inconscientes. En otras palabras, somos nosotros quienes debemos *traducirle*[1] su conducta primitiva al lenguaje adulto convencional para permitirle así apreciar la significación de esa conducta. Además debemos actuar no sólo como intérpretes sino como *informantes*. Ni siquiera en el nivel edípico el paciente tiene siempre conciencia cabal de lo que ha estado haciendo en la situación analítica y menos de si su conducta fue o no fue "exoactuación" o "repetición". En el nivel de la falta básica, la conciencia del paciente es aun más insegura y nebulosa.

En esta situación nuestra tarea es semejante a la de un viajero que visita una tribu primitiva, cuya lengua todavía

[1] A continuación doy un breve resumen de algunas ideas expuestas en mi libro *Thrills and Regressions*, especialmente en los capítulos 8 y 11 (Balint, M., 1959).

no ha sido estudiada y cuyas costumbres todavía no se conocen y, por lo tanto, aún no ha podido informarse sobre ellas en términos objetivos. El trabajo del informante consiste en prestar atención a las partes importantes de una determinada conducta y en describirlas en un lenguaje inteligible de acuerdo con su importancia. Este doble papel —de informante y de intérprete— es inevitable, ya nos propongamos contribuir al progreso de la ciencia, ya nos propongamos tan sólo ayudar a nuestros pacientes.

La tarea de traducir al lenguaje adulto la significación de los fenómenos observados —ya con fines científicos, ya con fines terapéuticos— se basa en la existencia de un vocabulario adulto y de una gramática adulta que sólo están en el nivel edípico. Que yo sepa, el inconsciente no posee un vocabulario en el sentido habitual del término; aunque existan palabras en el inconsciente, ellas no son ni más ni menos que cualquier otra representación objetal y no poseen aún la dominante función simbólica que adquirirán en el lenguaje adulto. Se trata principalmente de imágenes, cuadros, sonidos que sin mucha dificultad pueden cambiar su significación o mezclarse unos con otros, como ocurre efectivamente en los sueños. Parece que en el inconsciente las palabras tienen la misma vaguedad de contorno y color que las imágenes percibidas en un sueño, una especie de gris sobre fondo gris; aunque catectizadas con una buena medida de fugaz emoción y afecto, no se prestan para ser usadas de una manera clara, definida, concisa como sería el caso en el lenguaje adulto.

Y ahora preguntaremos: ¿qué se está haciendo en la práctica con estos pacientes? En general, los analistas proceden como las madres a que aludimos antes. No parecen tener escrúpulo o reparo alguno en cuanto al lenguaje que usan; hablan su propio lenguaje que para ellos es equivalente a su lengua materna, puesto que se trata del lenguaje que aprendieron en su formación analítica. Además de ser informantes e intérpretes, asumen también el papel de *maestros* y, en consecuencia, sus pacientes inevitablemente deben aprender una de las varias jergas o dialectos del lenguaje de su analista. Como ya dijimos hay varios de estos lenguajes, pues cada escuela psicoanalítica desarrolló el suyo.

En las páginas siguientes me ocuparé de algunos de estos lenguajes. Mi principal preocupación será la de estudiar de

qué manera esos lenguajes ayudan al analista a dar respuestas a un paciente en regresión y de qué manera imponen limitaciones a la elección de las respuestas del analista. Por último, trataré de mostrar los peligros inherentes a cada clase de respuesta.

Capitulo 16

LA TECNICA CLASICA Y SUS LIMITACIONES

Algunos analistas emplean el lenguaje "clásico" que se remonta a Freud y que se basa, en primera instancia, en experiencias pertenecientes al nivel edípico las cuales fueron luego formuladas en un lenguaje adulto común ligeramente modificado. Esos analistas de ninguna manera descuidan o pasan por alto las experiencias pregenitales pero las formulan en el mismo lenguaje adulto, es decir, que las elevan al nivel edípico.

En otras palabras, estos analistas pueden limitar sus respuestas a la regresión —y ante todo sus interpretaciones— a las que son consideradas seguras y dignas de confianza cuando se tratan conflictos en el nivel edípico, pues esperan que con el empleo de esta técnica cautelosa el paciente salga de su regresión y sea atraído de nuevo por los restos de los intereses que antes tuvo a la relación triangular de la vida real, a las varias formas de sexualidad oral, anal, genital, y así sucesivamente. Lo que pasan por alto estos cautelosos analistas es el hecho de que al usar esta técnica pueden forzar al paciente o bien a permanecer en el nivel edípico durante todo el tratamiento o bien a regresar a él rápidamente después de breves regresiones a los otros ámbitos de la psique. De conformidad con esta técnica, la mayor parte de los fenómenos pertenecientes al ámbito de la falta básica suelen interpretarse como síntomas del complejo de castración o de la envidia del pene. Estas interpretaciones serán correctas en la medida en que saquen a luz alguno de

los factores determinantes, pero, como no prestan atención a los factores que tienen su origen en la falta básica misma, en muchos casos esas interpretaciones resultan terapéuticamente inútiles. Es verdad que esos terapeutas pueden alcanzar loables resultados, pero sólo con pacientes cuidadosamente seleccionados.

En el XX Congreso Psicoanalítico Internacional reunido en París (1958), R. Loewenstein presentó una excelente exposición de las posibles variaciones de la técnica psicoanalítica "clásica". Como leal adepto a la causa de la "técnica clásica", Loewenstein demostró hábilmente la gran flexibilidad que posee esta técnica y su capacidad de adaptarse a situaciones terapéuticas muy variadas.

Lo mismo que la mayor parte de sus colegas, no dijo mucho sobre las limitaciones de la técnica ni discutió qué debería hacerse con pacientes cuya enfermedad —total o parcialmente— está más allá del alcance de la técnica clásica. Citó con aprobación dos importantes artículos que tratan este problema, uno de ellos era de Edward Bibring (1954), quien admitía que las necesidades de ciertos pacientes, en efecto, iban más allá de lo que era compatible con la técnica "clásica"; en esos casos tales necesidades podían encararse —tal vez hasta con éxito— con alguna clase de psicoterapia; pero naturalmente esto no puede llamarse psicoanálisis. Y no digo más. El otro artículo era de K. Eissler (1953), quien mostraba que la "técnica clásica", y en realidad toda técnica psicoterapéutica, puede entenderse como una técnica determinada por "parámetros", tales como frecuencia de las sesiones, duración de cada sesión, la condición que Freud llamó "abstinencia", la situación terapéutica física con el paciente en posición supina y el analista detrás fuera de la vista del paciente, la conducta general del analista que Freud comparaba con un "espejo bien pulido", etc., etc. Eissler señalaba —correctamente— que el analista puede modificar cualquiera de estos parámetros inconscientemente o deliberadamente, pero el autor nos advertía, y Loewenstein coincidía con él, que algunos cambios podían ser irreversibles, es decir, que una vez realizado el cambio la "clásica" situación psicoanalítica pudiera muy bien no restaurarse.

Si entendí bien a Loewenstein, éste consideraba su tarea señalar en su comunicación al congreso los cambios lícitos o tal vez sólo los cambios seguros e innocuos más allá de los cuales no era aconsejable que fuera el analista. Yo me

propongo ahora devolver la pelota y preguntar cuáles son las consecuencias de esta actitud terapéutica propugnada por Loewenstein, Bibring, Eissler y otros. Aquí hay un inmenso problema del que me limitaré a tratar aquí sólo tres aspectos.

El primero es, por supuesto, la cuestión de la selección que limita toda técnica terapéutica. Si una técnica es limitada, ciertos pacientes tienen que ser rechazados por considerárselos incapaces de beneficiarse con ella. Ni Loewenstein ni sus colegas mencionan este ingrato hecho y así eluden la tarea de examinar los criterios que deberían emplearse en esta penosa selección.

Puede darse por seguro que cuando se selecciona un paciente, los analistas están guiados no sólo por ideas y criterios conscientes y explícitamente formulados sino también por algunos impulsos inconscientes. Por eso quizá no sea del todo injusto afirmar que las preguntas más importantes que se hacen se refieren menos a la "curabilidad" del paciente que a su "analizabilidad". Dicho en otras palabras, ¿será este análisis fructífero o infructuoso? Con cierta malicia podría uno hasta decir que una de las cuestiones es la de saber si es probable o no que el paciente brinde satisfacción a su analista. Si no ya en otros campos, parece muy probable que algo de esta índole ocurre cuando se seleccionan aspirantes a analistas para su adiestramiento. Debo agregar que esto parece ocurrir en toda escuela de pensamiento, no sólo en la de la técnica "clásica".

Todo esto no significa desde luego que la selección sea en sí misma mala; casi seguramente es todo lo contrario. Lo que yo quería significar es que cualquier técnica y los criterios de selección son interdependientes, que ambas cosas se determinan recíprocamente. El pasar por alto esta cuestión fundamental explica la relativa futilidad de los reiterados simposios sobre "Analizabilidad" celebrados especialmente en América (1960-1963). Otra posible causa de estos repetidos simposios puede ser la necesidad que sienten algunos analistas de justificar su resistencia a aceptar pacientes con prognosis arriesgadas. Habría que repetir que —siempre que la selección se haga cuidadosamente— los resultados alcanzados por el empleo del lenguaje analítico clásico son excelentes.

Intimamente relacionada con este problema está la cuestión de saber a quién le tocaría la tarea de elaborar "otras" psicoterapias, no clásicas pero sin embargo dinámicas; que

pudieran aplicarse a pacientes declarados inapropiados para el "análisis clásico". ¿Debería dejarse la tarea a analistas "inexpertos", a eclécticos, a psiquiatras generales... o quizá a curanderos? Vale la pena recordar que en una ocasión del pasado no vacilamos en extender nuestro campo de acción mucho más allá de los confines de la técnica "clásica". Esto ocurrió con el análisis de niños, y aquí hubo que desarrollar nuevas técnicas para afrontar una nueva situación terapéutica. Algunos parámetros del análisis de niños difieren fundamentalmente de los de la "técnica clásica". Para mencionar un solo ejemplo haré notar que en el tratamiento de un niño de tres o cuatro años, ningún analista puede evitar que el niño le pida ayuda para hacer sus necesidades, una situación casi inconcebible con un paciente adulto, y seguramente, según Eissler, uno de los parámetros irreversibles. A pesar de estas fundamentales diferencias no abandonamos el análisis de niños, por ejemplo, a los psicólogos de la educación, sino que cargamos nosotros mismos con el problema... con gran ventaja para la ciencia de la educación, para la psicología infantil, para la psiquiatría infantil y sobre todo para el propio psicoanálisis. Desde entonces el análisis de niños fue un estudio especializado, pero no por eso deja de ser una parte integrante del cuerpo del psicoanálisis.

Será un intrigante estudio histórico —y psicológico— el de establecer que llevó a la opinión analítica a adoptar exactamente la actitud opuesta en el caso de la psicoterapia de grupo. Aunque el propio Freud bosquejó cierta amalgama con el oro puro del psicoanálisis para hacerlo adecuado a la psicoterapia de las masas y aunque casi todos los iniciadores de la psicoterapia de grupo eran psicoanalistas bien entrenados, nosotros, como cuerpo, nos negamos a aceptar toda responsabilidad sobre este nuevo fenómeno... y a mi juicio, con detrimento de todos los que actuamos en este campo y sobre todo con detrimento de nuestra propia ciencia. Ahora son otros los que están recogiendo una rica cosecha en este importante campo y nosotros quizá estamos perdiendo una oportunidad irrecuperable de obtener observaciones clínicas de primera mano en la psicodinámica de colectividades.

Permítaseme preguntar ahora, ¿por qué un gran número de analistas con rica y variada experiencia, como Loewenstein y sus colegas, piensan que ir más allá de la zona clara y convincentemente delineada por él no es aconsejable y hasta

es peligroso? Creo que mis ideas dan una respuesta —aunque evidentemente no es la única— a esta pregunta. La técnica clásica con todas sus variaciones permitidas presupone una relación entre paciente y analista que puede caracterizarse como una relación correspondiente al nivel edípico. Toda variación es segura e inocua mientras obligue a esa relación a permanecer en tal nivel. Toda medida técnica que sobrepase las seguras variantes de Loewenstein permite o hasta provoca otra clase —muy probablemente otras clases— de relación terapéutica que todavía no ha sido apropiadamente estudiada y que, por lo tanto, entraña riesgos, tanto para el paciente como para el analista. Por otra parte, sabemos de fijo que existen relaciones diferentes de las del nivel edípico y sabemos con certeza que algunas de ellas pueden emplearse en ciertas condiciones con fines terapéuticos. Para evitar malas interpretaciones, deseo agregar que las relaciones observadas y estudiadas en los análisis de niños no son en general aquellas a las que me estoy refiriendo; las del análisis de niños son variantes simplificadas de lo que yo llamo la relación edípica. Luego tendremos que volver a ocuparnos de este punto.

Pero esas relaciones no edípicas entrañan ciertos peligros para el paciente y el analista. Hasta sabemos algo sobre ellas, aunque no lo bastante por cierto. Agregaré que cuando Freud abandonó la técnica catarticohipnótica y abrazó una técnica, de la cual iba a desarrollarse el psicoanálisis, estaba corriendo riesgos —y como sabemos, riesgos muy serios— cuya naturaleza y alcance eran completamente desconocidos para él. Ciertamente habría sido más seguro para Freud no echar a andar por este nuevo camino; pero ¿habría sido más sabio?

Sé que un éxito no justifica el riesgo de lanzarse a otras peligrosas aventuras. Además, según la ley de las probabilidades, no es probable que se encuentre otro Freud en nuestras filas. Pero así y todo, ¿debemos abandonar esta tarea, ciertamente arriesgada, a algún otro grupo de terapeutas? A pesar de las muchas y bien fundadas advertencias, opino que no debemos hacerlo.

En efecto, ¿en qué consiste esa tarea? En estudiar tantas relaciones primitivas no edípicas como sea posible a fin de determinar los factores que permiten o estimulan el desarrollo de dichas relaciones; en definir las condiciones a que debe ajustarse el analista si pretende controlarlas para que no se conviertan en peligros; y por último, en utilizarlas como

vehículos en las intervenciones terapéuticas. Creo que, en virtud de nuestra formación y adiestramiento, los analistas constituimos el único grupo de investigadores que puede emprender dicha tarea y ciertamente quedaríamos empobrecidos si no lo hiciéramos.

Algunos dirán que si nos aventuramos a estas tierras desconocidas bien pudiera ocurrir que no encontrásemos nada y aun si encontrásemos algo cabe dudar de que valga la pena arriesgar nuestro psicoanálisis por ello. Yo no soy tan pesimista. El oro puro tiene la notable cualidad de resistir a cualquier fuego y éste hasta puede purificarlo. No veo ninguna razón de temer por las partes esenciales de nuestra ciencia, y si ocurriera que se quemara y desapareciera alguna parte menor, por no ser de oro puro, tanto mejor para las generaciones futuras.

Capitulo 17

LOS PELIGROS INHERENTES A LA INTERPRETACION CONSECUENTE

Otros analistas, influidos por las ideas de Melanie Klein, han enfocado este problema con una actitud teórica completamente diferente. Si bien tenían plena conciencia del inmenso abismo que separa al *niño* que hay en el paciente del *adulto*, consideraron que esta diferencia no estaba más allá del alcance del lenguaje convencional. Es cierto que la diferencia entre la psicología del adulto y la psicología del niño es fundamental, pero la actitud científica de estos analistas supone que aplicando sensatamente los conceptos existentes y creando otros nuevos, nuestro lenguaje adulto es capaz de vérselas hasta con los procesos más primitivos de la psique del niño. Esta escuela se basa en otras dos suposiciones: a) en las fases primeras del desarrollo psíquico la importancia de impulsos derivados del hipotético instinto de muerte es inmensamente mayor que en la vida adulta, y b) ha de suponerse que prácticamente todos los fenómenos observados en los adultos se hallan presentes de alguna forma en la primerísima infancia, posiblemente en las primeras semanas de vida. La observación directa de infantes, según sostienen, puede validar estos supuestos.

La escuela desarrolló una teoría muy elaborada y con ella un lenguaje y una técnica de interpretación propios. Este nuevo lenguaje es algún tanto diferente del lenguaje comúnmente usado entre adultos. Sin embargo, no ha de olvidarse que el lenguaje original de Freud era también en muchos aspectos diferente del usado comúnmente en sus

días; hoy la mayor parte de las innovaciones de Freud han llegado a aceptarse como elementos de la lengua culta, y esto también puede ocurrir con el nuevo lenguaje analítico. Luego existe otra diferencia importante entre el lenguaje de Freud y el de esta nueva escuela. Mientras el lenguaje de Freud tenía relación principalmente con experiencias del nivel edípico, esta escuela se impuso conscientemente la tarea de elaborar expresiones estandarizadas para describir experiencias que son más primitivas que las del nivel edípico.

Aunque estos analistas suponen que el paciente en estado de regresión ha cortado sus relaciones con objetos reales totales y sólo es capaz de establecer relaciones con objetos parciales, emplean a fin de comunicarse con esos pacientes el lenguaje convencional en el que mezclan sin embargo con libertad sustantivos como pecho, leche, contenido o interior del cuerpo, objetos parciales, etc. y verbos como aprobar, favorecer, pretender, escindir, aceptar, incorporar, proyectar, perseguir, dañar, etc. Dicho sea de paso, expresiones como pecho, leche, interior del cuerpo, etc., eran al principio palabras normales con una significación convencional reconocida, pero con el tiempo sufrieron un curioso cambio, de suerte que su significación se amplió y se hizo al mismo tiempo más comprensiva, a mi juicio, como consecuencia de habérselas aplicado a describir fenómenos del ámbito de la falta básica. Por obra de esta constante ampliación semántica, los analistas de dicha escuela logran a veces dar nombres a cosas y experiencias que no se designaban antes con ningún nombre y que por eso no podían expresarse en palabras. Por ejemplo, puede haber sido el pecho o la leche lo que el infante deseaba, pero, como todavía no conocía estas palabras en aquel momento, sus experiencias emocionales no podían ser nunca descritas de manera definida como puede hacerlo la significación convencional adulta de las palabras pecho y leche.

Al usar así las palabras, estos analistas elaboraron un lenguaje muy característico y peculiar "de locos", que es así como lo llaman muchos de sus propios pacientes. En las publicaciones de estos analistas encontramos citas de pacientes que dicen cosas como éstas: "El analista trata de imponer pensamientos dementes al paciente; el paciente nunca tuvo semejantes ideas perturbadoras y locas antes de hacerse analizar"; o después de una interpretación "profunda" por parte del analista, el paciente puede comentar: "La in-

terpretación hacía que el analista pareciera loco y el análisis peligroso, porque ahora el paciente siente que el analista le imponía sus propios locos pensamientos de la misma manera, según la reconstrucción del analista, en que la madre del paciente le había impuesto su mala leche procedente de su arruinado pecho".

Estas citas aisladas pueden parecer exageradas e injustas, pero lo cierto es que aparecen una y otra vez en la misma forma en las publicaciones impresas. Habría que agregar sin embargo que la actitud descrita aquí en los pacientes recuerda la actitud de algunos niños que consideran "demente" la conversación de los adultos porque les resulta ininteligible y que al mismo tiempo experimentan cualquier intento firme de enseñarles ese lenguaje como un intento de imponerles ideas contra las cuales se sienten impulsados a defenderse.

Pero si el analista —y los adultos— se mantienen firmes en su actitud y emplean su lenguaje con absoluta coherencia, los pacientes —y los niños— terminan por ceder, aprenden lo que se les enseña y adoptan el lenguaje de sus analistas y mayores. Como resultado de esta interacción entre un analista consecuente y un paciente que se allana a él, se crea una "atmósfera" en la que ocurren inevitablemente ciertos hechos. Por obra de este proceso de aprendizaje, los pacientes se hacen claramente más maduros y son capaces de afrontar mejor ciertas situaciones que hasta entonces les provocaban dificultades.

El paciente, arrastrado por su abrumadora necesidad de ser comprendido, no sólo aprende a hablar el lenguaje habitual de su analista hasta el punto de poder expresar en ese lenguaje sus asociaciones, sino que hasta llega a aceptar tácitamente que el análisis sólo puede desarrollarse con ventaja si tales experiencias pueden ser verbalizadas sin gran dificultad. El resto, que está más allá del alcance de las palabras, logra una expresión muy tenue e inexacta o bien el paciente en modo alguno puede expresarlo. (El hecho de que experiencias con alta carga afectiva no puedan traducirse satisfactoriamente en palabras quizá sea una de las razones por las que sabemos tan poco sobre los delicados procesos del orgasmo.)

Ahora bien, ¿es el resultado una prueba de que este método de aprendizaje era el mejor posible o de que el lenguaje del adulto, que en un momento pareció "demente", es universal? Formular la cuestión de este modo equivale a

dar ya una respuesta. El método no es absolutamente correcto; es tan sólo eficiente, y el lenguaje no es universal, sólo es un procedimiento de comunicación localmente útil. Además, el hecho de que los niños y los pacientes se conduzcan de manera parecida mientras lo aprenden, sugiere que este género de aprendizaje se basa, en muy gran medida, en la introyección y en la identificación. Hasta nos veríamos excusados si expresáramos la sospecha de que en ambos casos la introyección y la identificación pueden llevarse a cabo sin mantener una actitud más o menos crítica. En todo caso ésta es la impresión que tiene un espectador cuando observa a los aspirantes a psicoanalistas durante el proceso de aprendizaje y después de él.

Esta impresión se ve luego reforzada por una curiosa pero bastante uniforme conducta de los adeptos de esta escuela: todos ellos parecen muy seguros de poseer no sólo un lenguaje en general apropiado para describir los fenómenos "preedípicos" o "preverbales" sino además criterios seguros sobre cómo usar ese lenguaje, es decir, sobre cuándo, qué y cómo interpretar. Sus interpretaciones —como se informó en nuestras reuniones científicas y como aparece en la bibliografía— dan la impresión de proceder de un analista muy seguro de sí mismo, sapiente y quizá hasta desarrollador, impresión que aparentemente comparten sus pacientes. Esta actitud del analista podría ser una de las causas por las que, por un lado, surge tanta agresividad, envidia y odio en el material de asociación de sus pacientes y, por otro lado, los pacientes parecen tan proclives a la introyección y a la idealización. Estos son dos mecanismos defensivos muy frecuentemente usados en toda relación de personas en la cual una parte débil y oprimida debe pugnar con una parte abrumadoramente poderosa.

Otro rasgo enigmático de estos analistas es su relativa resistencia a admitir el fracaso terapéutico. Aunque evidentemente los adeptos a esta escuela tienen que tener tantos casos difíciles y fracasos como cualquier otro analista, en su bibliografía falta notablemente toda mención a esta circunstancia. Por el contrario, dan la impresión de decir o querer decir que, como con su nuevo lenguaje poseen la clave para comprender los procesos preedípicos, una buena parte de las dificultades y fracasos sencillamente desaparecería si todos los analistas aprendieran la técnica y el lenguaje que ellos emplean.

Sólo después, en la Parte V, nos ocuparemos de todas

las implicaciones de esta particular relación de paciente y terapeuta, característica de esta escuela. Aquí sólo señalaré que la peculiar desigualdad entre el analista lleno de confianza, sapiente y quizá hasta arrollador que emplea su lenguaje y da sus interpretaciones con absoluta coherencia, y el paciente que no puede elegir sino entre aprender el lenguaje aparentemente "de locos" de su analista o abandonar toda esperanza de obtener ayuda, constituye una señal significativa de que el trabajo analítico llegó al ámbito de la falta básica. Esta técnica acepta la realidad de la falta básica, pero la atribuye, por decirlo así, a *la culpa* del paciente, es decir, a lo que éste haya hecho en su fantasía con sus objetos internalizados.

El peligro inherente a este género de interpretación puede designarse quizá del mejor modo posible con la expresión acuñada por Ferenczi (1932, pág. 279) "intropresión del superyó". El analista que usa esta técnica consecuentemente se presenta a su paciente como una figura inconmoviblemente firme y sabia. En consecuencia, el paciente parece hallarse incesantemente bajo la impresión de que el analista no sólo lo comprende todo sino que también dispone de los medios infalibles, únicos y correctos para expresar cualquier cosa: experiencias, fantasías, afectos, emociones, etc. Después de superar un inmenso odio y la ambivalencia —a mi juicio provocados en gran medida por el uso consecuente de esta técnica—, el paciente aprende el lenguaje del analista y *pari passu* introyecta la imagen idealizada de éste. En los casos en que se obtiene éxito, el resultado parece ser la adquisición de una estructura mental bastante uniforme —aunque no absolutamente—, sin duda muy eficiente, aunque continúa siendo, quizá para siempre, algún tanto extraña y artificial.

Cualquier tipo de interpretación consecuente entraña otro riesgo más. Si las quejas, recriminaciones y acusaciones del paciente son vagas y no pueden atribuirse a algo específico, es casi siempre posible "analizar" la queja —cualquiera sea el objeto a que se refiera— y aun hacerla desaparecer mediante el análisis durante algún tiempo; pero posteriormente el paciente vuelve invariablemente a presentar la misma clase de quejas. Este tipo de técnica tiene que dar al paciente que ha sufrido un proceso de regresión hasta el nivel de la falta básica, la impresión de que el analista trata de hacer a un lado sus acusaciones y recriminaciones por considerarlas sin importancia o de disiparlas eficaz-

mente mediante interpretaciones inteligentes y profundas.

Una y otra vez encontramos buenas ilustraciones de los efectos colaterales no esperados de esta actitud en nuestro trabajo de investigación con los médicos generales y últimamente también con especialistas (Balint, M., 1957, 1961). Los más de los médicos parecen sentir un impulso irresistible a "organizar" las quejas de su paciente en una "enfermedad", con un nombre y una categoría, y tanto el médico como el paciente parecen perdidos y hasta azorados si esto no se puede hacer rápidamente; o bien si las quejas no pueden "organizarse" en una "enfermedad tratable", se le dice al paciente que "no tiene nada malo", lo cual engendra irritación e interminables fricciones entre un paciente que se siente enfermo y un médico bien intencionado que no puede encontrar algo alrededor de lo cual "organizar" honestamente la queja del paciente en una enfermedad. Bajo la presión del actual pensamiento médico, los doctores no pueden apreciar la importancia del hecho de que el paciente *sea capaz de quejarse* (independientemente de aquello de que se queje), ni advierten las inmensas y únicas potencialidades terapéuticas que hay en la relación médico-paciente que permite al paciente formular su queja.

Creo que el mismo irresistible impulso a "organizar" obra en la mayor parte de los analistas. Ese impulso nos compele a encontrar sentido a toda costa en las quejas de nuestros pacientes a fin de hacer que dejen de quejarse. Verdad es que hemos abandonado más o menos la idea de "enfermedad", pero un análogo impulso nos lleva a "organizar" las quejas y síntomas en un "conflicto" o en una "posición" con un nombre definido y una categoría definida; y así hablamos, de acuerdo con nuestra jerarquía cronológica, de un "conflicto temprano" o "profundo". Es cierto que no damos a nuestros pacientes —como los otros médicos— sedantes, tranquilizadores, antidepresivos y otras drogas, pero quizá esto haga más difícil para nosotros soportar las dolencias no aliviadas. Para poder hacer algo con ellas y detenerlas recurrimos al expediente de dar interpretaciones y si éstas no acaban con la dolencia echamos la culpa a otro factor: nos culpamos a nosotros mismos por nuestra mala técnica, al paciente que tiene una enfermedad incurable, pulsiones destructivas o una profunda regresión o una escisión en el yo, etc.; o culpamos a su ambiente y especialmente a sus padres por su falta de comprensión, por la manera

rutinaria de haberlo criado, etc.; últimamente parece haber resucitado una vieja cabeza de turco para este fin: la herencia.

De este modo puede caerse en una espiral sin fin; el paciente se queja, el analista interpreta del modo que comprobó era útil trabajando en el nivel edípico o "preedípico"; sin embargo, no se produce ningún cambio real y aumentan entonces los sentimientos de culpa y fracaso tanto en el analista como en el paciente; suceden a esto nuevas quejas y nuevas y frenéticas interpretaciones, cada vez más inteligentes y más profundas que las anteriores.

Capitulo 18

LOS PELIGROS INHERENTES AL MANEJO DE LA REGRESION

Un tercer grupo de analistas, en modo alguno tan bien organizado como los otros dos grupos, pero diseminados en todo el mundo analítico, también parte del abismo que nos separa a los adultos normales del niño que hay en el paciente; pero estos analistas piensan —en muchos sentidos de manera parecida a la mía— que el abismo se debe al manejo inadecuado del niño durante su primer período formativo por parte de los adultos, sobre todo por parte de la madre. El manejo inapropiado, la falta de "ajuste" entre la madre y su hijo puede crear alteraciones duraderas en la estructura psíquica del niño. Por ejemplo, según Winnicott, uno de los resultados más frecuentemente comprobados es una especie de escisión en el yo; en respuesta al mal manejo —probablemente introyectando el ambiente indiferente o abrumador o inapropiado— nace un falso yo o sí-mismo para hacer frente a ese mundo desagradable y hostil. Ese falso yo puede ser muy eficiente y aun alcanzar éxito en muchos campos de la vida, pero obstruye el acceso al verdadero sí-mismo que permanece así inmaduro y fuera de contacto con la realidad. El resultado es un sentimiento de futilidad, vacuidad y desdicha que dura toda la vida.

Esta escuela, como acabo de decir, asigna importancia primordial a un apropiado "ajuste" entre el individuo, que se siente débil, y su ambiente al que siente ultrapoderoso. El verdadero yo suele ser tan inmaduro, está tan poco acostumbrado a hacer frente a los problemas de la vida real que

es menester encontrar medios durante algún tiempo para protegerlo de las embestidas del mundo exterior y para mediar entre las exigencias de ese mundo y las posibilidades reales del individuo. Toda falta de "ajuste" en este sentido puede reinstaurar las eficientes funciones del falso yo que obra como "guardián" o "vigilante", en detrimento del yo verdadero. El delicadísimo trabajo de cuidar, proteger, mediar, etc., se llama generalmente "manejo" y es una tarea más de la terapéutica analítica, quizá aun más importante en este nivel que las otras funciones mejor conocidas, como escuchar, comprender e interpretar en una actitud de simpatía.

Parece que sólo si se permite que los pacientes "regresen" (es decir, si se consigue que abandonen la seguridad que habían alcanzado contando con los servicios de "vigilante" de su falso yo; lo cual significa que sólo si su analista puede hacerse cargo de las funciones de "vigilante y guardián" manejando la regresión) puede crearse una atmósfera en la cual las interpretaciones llegan al yo real y se hacen luego inteligibles y aceptables para éste. Hay que recalcar que el reverso del "manejo" por parte del analista es evidentemente la regresión por parte del paciente; únicamente el paciente "regresado" —el que transitoriamente abandonó la protección de su sí-mismo adulto, quizá falso— necesita manejo.

Es una experiencia clínica bien conocida la de que los pacientes en regresión suelen tener extremadas exigencias y a menudo alcanzan estados semejantes a los de alguna adicción; en los capítulos 20-22 volveremos a ocuparnos de este tema. El manejo de un paciente "regresado" es por eso siempre una tarea delicada y precaria, difícil de llevar a cabo satisfactoriamente.

Un aspecto de ella podría ser el de que el analista se viera inducido por los continuos sufrimientos del paciente en regresión a aceptar la responsabilidad de crear condiciones en las que por fin a la larga el paciente ya no experimente innecesarios sufrimientos. Aunque éste parece ser un principio en alto grado loable, la experiencia demuestra que en la práctica rara vez da buenos resultados.

Hay muchas razones de este decepcionante desenlace. Semejante clase de respuesta a la regresión inevitablemente suscita en el paciente la impresión de que el analista acepta que su falta básica fue causada por un "mal" ambiente y que está dispuesto —y es capaz de hacerlo— a estructurar

el mundo de manera tal que las influencias perniciosas y dañosas queden reducidas en gran medida. Como aquí tenemos que vérnoslas con experiencias pertenecientes al ámbito de la falta básica, no tiene mucha importancia que el analista exprese esto en palabras o que sólo tácitamente permita al paciente interpretar su conducta en ese sentido, pues las expectaciones resultantes serán las mismas. Esta circunstancia explica en parte por qué es tan inmensamente difícil impedir que se cree un trágico malentendido, que surja una verdadera confusión de lenguas, una vez que la regresión alcanzó el ámbito de la falta básica.

Una vez creada esta atmósfera, el paciente esperará inevitablemente el retorno del mundo armonioso en que vivió antes del "trauma" que determinó su falta básica. En ese mundo, que he llamado amor primario (véase capítulo 12), no tiene que haber ni puede haber ningún choque de intereses entre sujeto y ambiente. Esto evidentemente sólo es posible mientras las necesidades instintuales del sujeto y sus objetos primarios sean satisfechos por uno y el mismo hecho, como es el caso de la madre y su hijo: con alimentar y ser alimentado, con abrazar y ser abrazado. Lo que ocurre es uno y el mismo hecho, sólo las palabras que usamos para describirlo son diferentes.

Y, dentro de ciertos límites, esto también ocurre en el caso del paciente y el analista; durante algunos períodos muy intensos del tratamiento ser analizado y analizar pueden ser casi el mismo hecho y hasta cierto punto ese hecho puede gratificar a ambas partes de la relación terapéutica. Pero es dudoso que esta mutualidad pueda extenderse más allá de cierto límite, es dudoso que el analista pueda obrar como un objeto primario o ser realmente un objeto primario que permita al paciente en estado de regresión repetir sus antiguas experiencias pretraumáticas en la relación terapéutica y mantener esta atmósfera el tiempo suficiente para que el paciente descubra nuevos medios que eviten la repetición del trauma original y conduzcan a la curación de la falta básica. Por lo visto, esto resulta más fácil de planear que de lograr; posiblemente ello se deba a que las necesidades instintuales de cualquier adulto, independientemente del grado de su regresión, son en cierto modo más complejas que las de un infante y, por lo general, están más allá de las posibilidades de hasta el más sensible y capaz analista de alcanzar una identificación impecable con todas esas necesidades. En el nivel de la falta básica el paciente experi-

menta cualquier diferencia de este tipo como una enorme tragedia que le hace revivir todas las amargas desilusiones que determinaron su falta básica.

Tuve el privilegio de presenciar desde bastante cerca un experimento de este género realizado en escala realmente grande; quizá haya sido el primero de toda la historia analítica. El experimento en cuestión fue llevado a cabo por Ferenczi quien, en sus últimos años de trabajo analítico, convino con una de sus pacientes en desempeñar ese papel en la medida de sus fuerzas. Por ejemplo, la paciente le absorbía tanto tiempo como ella quería, varias sesiones por día y, si lo consideraba necesario, también durante la noche. Como las interrupciones se consideraban indeseables, la paciente era analizada durante los fines de semana y podía acompañar a su analista en las vacaciones de éste. Estos detalles son sólo una modesta muestra de lo que realmente ocurría. El experimento continuó durante varios años. Los resultados eran aún indecisos cuando Ferenczi, debido a su enfermedad, debió abandonar el trabajo analítico sólo unas pocas semanas antes de morir. La paciente, una mujer de talento pero profundamente perturbada, mejoró considerablemente durante aquella época, pero no podía considerársela enteramente curada. Aún recuerdo que cuando discutíamos sus experimentos —el caso mencionado fue el más importante, pero de ninguna manera el único—, Ferenczi aceptaba en cierto modo su fracaso, pero agregaba que él mismo había aprendido una inmensa cantidad de cosas y que quizá otros pudieran beneficiarse con ese fracaso si llegaban a comprender que el problema, de la manera en que él había tratado de resolverlo, era insoluble.

A partir de aquella época yo mismo hice experimentos de esta índole y fui testigo de los esfuerzos de otros en la misma dirección. En general, me parece que algunos tipos de analista no pueden resistir a esta clase de tentación, especialmente si ella la suscita un paciente "que vale la pena". Hay otros rasgos constantes y característicos de este tipo de analista y de su paciente "que vale la pena" y sobre todo de la relación mutua que guardan durante el experimento y después de él (Main, 1957); me ocuparé de algunos de esos rasgos en la Parte IV. Aquí me limitaré a decir que en ningún caso en que el analista permitió que se desarrollara la atmósfera de un "gran experimento" comprobé verdadero éxito. En algunos casos, el resultado fue un desastre y en los mejores equivalía sólo a lo que había alcanzado Ferenc-

zi: el paciente mejoraba considerablemente pero no podía considerárselo curado.

La idea que gobierna el "gran experimento" se desarrolla más o menos del modo siguiente: el analista se da cuenta de que su tradicional actitud de simpatía pero de objetividad pasiva es experimentada por ciertos pacientes como una frustración inexcusable e intolerable y se da asimismo cuenta de que tratar los sufrimientos causados por esa frustración sólo como un síntoma más de la neurosis de transferencia que se está desarrollando no parece llevar a cabo cambio alguno. Quizá el analista ya haya abrigado dudas sobre la sensatez de mantener a toda costa esa pasividad objetiva; en todo caso, se le imponen los sufrimientos no mitigados y las privaciones de su paciente, y entonces el analista decide —ya por su cuenta, ya de acuerdo con su paciente— que es menester adoptar un nuevo régimen y hacer algo más que trascienda la tradicional pasividad.

Ese algo más equivale siempre a gratificar algunos de los impulsos regresivos de su paciente, significa responder de manera positiva a la exoactuación del paciente. Por lo general, este cambio produce cierta mejoría inmediata. Si se decide aplicar el nuevo régimen hacia el final del tratamiento de un paciente con una falta básica no demasiado aguda, la mejoría puede hacer inclinar el platillo de la balanza y el tratamiento puede terminar con éxito. Uno o dos de estos experimentos que acaban con éxito alientan al analista a aplicar este método en el caso de un paciente "que vale la pena" pero que está seriamente enfermo y aplicarlo, no alrededor del final del tratamiento, sino ya desde el comienzo mismo. Que se decida ya desde el comienzo satisfacer tantas necesidades del paciente como sea compatible con una concepción muy elástica de la situación analítica o que se llegue a tal decisión sólo gradualmente bajo la presión del material clínico que va surgiendo no tiene mayormente importancia; en ambos casos "el gran experimento" está en marcha.

Varios analistas intentaron describir lo que ocurre durante semejante experimento en el analista y en la relación de paciente y analista. Leer esos informes es siempre una experiencia conmovedora y excitante, pero también melancólica. Ante nosotros se abren grandes panoramas y penetramos en inesperadas profundidades del espíritu humano, vislumbramos inesperadas potencialidades de la relación humana; y sin embargo algo termina por escurrírse-

nos de entre los dedos y nos quedamos intrigados pero desilusionados. De todas las descripciones, la que me parece más reveladora es la que ofrece Ferenczi en sus "Notas y fragmentos" (1930-32), una especie de diario científico escrito durante su "gran experimento". Las notas fueron escritas para uso personal de Ferenczi, de manera que no sufrieron elaboración ulterior. Nos hablan de fenómenos promisorios, de complicaciones inesperadas, nos dan una penetrante y vívida descripción de muchos factores insospechados que dan forma a los procesos terapéuticos y, sobre todo, nos muestran a un terapeuta talentoso en acción, sus repentinas sorpresas, sus esperanzas, sus apartes y soliloquios y sus pugnas con difíciles problemas. A quienquiera que se proponga experimentar en este campo le recomiendo vehementemente que estudie estas notas antes de comenzar su trabajo.

Por supuesto, todo investigador que haya estudiado este campo tiene sus ideas favoritas y por consiguiente describirá sus experiencias obedeciendo a sus inclinaciones, lo cual será otro ejemplo más de la confusión de lenguas analíticas. Un lector concienzudo, alguien completamente diferente de mí mismo, encontrará aquí un fértil campo; al cotejar los varios lenguajes analíticos, ese lector podría echar los cimientos de una semántica psicoanalítica comparada. Algunas de esas ideas tratan de ocultar o hacer a un lado los resultados decepcionantes; otras los atribuyen a esta o a aquella causa accidental, etc. Mi idea favorita es la de que los resultados están directamente determinados por la situación terapéutica que se desarrolla. Esta es, desde luego, una relación enteramente de dos personas, peculiar y primitiva, de manera que nos ofrece una buena oportunidad de estudiar procesos pertenecientes al ámbito de la falta básica.

Como ya dije, aquí el paciente es siempre una persona que "vale la pena", alguien que necesita desesperadamente —y merece— un claro signo diagnóstico de contratransferencia positiva. El analista en lugar de evaluar su contratransferencia positiva, su "participación emocional" como un síntoma de la enfermedad de su paciente (véase capítulo 4), la acepta como realidad y decide actuar en consecuencia. La decisión tiene un fondo de algunas ideas preconcebidas: la incapacidad del paciente de tolerar las frustraciones y limitaciones inherentes a la situación analítica "normal" es interpretada como repetición, como un signo

de fuerte fijación en alguna situación traumática. De este supuesto derivan dos empeños: uno consiste en reconstruir (partiendo del material de asociación y de los síntomas de la neurosis de transferencia del paciente, es decir, partiendo de su repetición) la hipotética situación traumática; el otro consiste en crear para el paciente una atmósfera —cambiando algunos parámetros reversibles— que *no* obre como un estímulo capaz de provocar las eternas repeticiones.

Algunos analistas, y yo me encuentro entre ellos, prefieren discutir esta serie de ideas con un paciente a fin de estar seguros de su cooperación. Desgraciadamente esa discusión no influye gran cosa. La razón está sencillamente en que la discusión debe realizarse en el lenguaje adulto convencional y normal, es decir, en el nivel del conflicto de Edipo, en tanto que la repetición se verifica en una relación primitiva de dos personas que corresponde al ámbito de la falta básica. En el nivel edípico, el paciente reconoce agradecido los excepcionales esfuerzos de su analista y promete toda su cooperación; en el nivel de la falta básica, el paciente no puede sino esperar plena gratificación de todas sus necesidades compulsivas sin que quepa hablar de gratitud o de intereses que no sean los suyos propios. En este nivel, cualquier frustración provoca síntomas agudos que sin embargo ceden inmediatamente, si se da gratificación a la necesidad del caso. Desgraciadamente la gratificación particular, si es accesible y puede alcanzarse, pierde todo valor especial y la "avidez" del paciente se ve atraída por otro objeto, la demanda del cual está aparentemente determinada por el pasado del paciente así como lo estuvo la anterior demanda.

De esta manera puede producirse un círculo vicioso; para emplear las ideas de K. Eissler, ciertos parámetros de la situación analítica pueden cambiarse de manera reversible, pero si un cambio es reforzado por el cambio de un segundo, tercero o cuarto parámetro, el resultado puede no ser ya reversible. Es cierto que los dos miembros de la situación terapéutica se comportan y actúan de una manera sensata y justificable; *lo que marcha mal es la relación de dos personas que se desarrolla entre ellos.* Lo notable es que esta situación entraña una gran medida de odio, sentido en la transferencia y, como admiten algunos sinceros analistas (Winnicott, 1949), también en la contratransferencia. Una consecuencia de la exaltada sinceridad, que constituye un importante elemento de estos experimentos, es una curio-

sa actitud del analista —como se ha informado en nuestras reuniones científicas y en la bibliografía—, que llama la atención como actitud de permanente disculpa en la cual el analista continuamente confiesa errores y desatinos, fracasos y deficiencias. Aunque ésta es una atmósfera casi diametralmente opuesta a la atmósfera creada por el tipo de interpretación empleado por la segunda escuela de analistas, uno tiene la impresión de que con la técnica del "manejo" se provoca en el paciente casi la misma intensidad de odio y agresividad, aunque quizás menos introyección del analista idealizado y menos identificación con él.

Análoga diferencia muestran ambas escuelas en lo que se refiere a sus lenguajes. Verdad es que la escuela del "manejo" difícilmente pueda llamarse una escuela porque, a diferencia de las dos anteriores, carece de organización o cohesión y, en consecuencia, no ha elaborado un lenguaje propiamente suyo, aunque existen señales de que eso pueda ocurrir bajo la influencia de las ideas de Winnicott.

Desde luego que la cuestión capital es la de la eficacia terapéutica de estas tres diferentes técnicas descritas en los capítulos 16-18. Tanto desde un punto de vista objetivo como desde un punto de vista subjetivo es sumamente difícil dar una respuesta a esa cuestión. Quien pertenezca a cualquiera de estas tres escuelas se mostrará obviamente tendencioso, pero inevitablemente será también parcial quien sea ajeno a ellas, como lo soy yo mismo. Además, ningún observador exterior tiene la posibilidad de estimar el trabajo terapéutico de otro analista, porque sencillamente no conoce los hechos. La base para estimar queda así reducida a impresiones subjetivas creadas en parte por los artículos publicados, en parte por contribuciones a discusiones científicas y, por último, aunque no menos importante, por la calidad de los nuevos analistas producidos por cada escuela. Incuestionablemente existen grandes diferencias en todos estos aspectos, pero todavía no me animo a tratarlas en público y menos aun en forma impresa.

En lugar de esa discusión crítica, expondré en la parte siguiente mis propias experiencias clínicas con la regresión, tales como pude observarlas en la práctica analítica privada; y en la parte final expondré las técnicas que encontré útiles en estas situaciones.

PARTE IV

LA FORMA BENIGNA Y LA FORMA MALIGNA DE REGRESION

Capitulo 19

FREUD Y EL CONCEPTO DE REGRESION

Puede probarse fácilmente que el concepto de regresión es tan antiguo como el psicoanálisis, si no más antiguo. Esto podría sorprender a muchos que saben que la palabra "regresión" apareció impresa por primera vez en el último capítulo, teórico, de *La interpretación de los sueños* (1900).

Esa fue su primera modesta aparición. Freud necesitaba el concepto para explicar la naturaleza alucinatoria de los sueños que los diferencia del recuerdo. Freud suponía una dirección normal o "progresiva" de los procesos de la psique adulta, que comenzaban con la percepción de un estímulo, se dirigían primero hacia el pensamiento y luego a la acción, la cual apunta a reducir la tensión causada por el estímulo. Si la acción es imposible o resulta inadecuada puede producirse un movimiento hacia atrás, un movimiento retrogresivo o "regresivo", que en la vida normal de vigilia llega sólo hasta las huellas mnémicas. Una regresión más allá de este punto enderezada a revivir los elementos perceptivos de la experiencia, es decir, hacia la alucinación, es una de las características psicológicas de los sueños.

Y, como dije, ésta fue una primera modesta aparición del concepto. Se presentaba la regresión como un mecanismo menor de defensa, mucho menos importante que la represión. Para ilustrar esta diferencia Freud discute la regresión sólo una vez, al final de *La interpretación de los sueños*, y para él su papel no es más que el de una medida transitoria contra un impulso o deseo reprimido, es decir,

una contribución menor al trabajo del sueño. Con todo, en aquella época la idea de regresión ya tenía un pasado e iba a tener un futuro. Para decir algo de este último, haré notar que Anna Freud (1936), en su enumeración de los mecanismos de defensa, colocó la regresión en el primer lugar y la represión sólo en el segundo.

En cuanto al pasado de este concepto, resulta difícil dar una fecha exacta de su nacimiento, pero parece probable que éste haya sido estimulado por el contacto de Freud con Brücke o Breuer. En el capítulo teórico de *La histeria* (1895, pág. 189), Breuer usó el adjetivo *rückläufig* (retrogresivo) para designar los procesos psicológicos en la alucinación, y lo usó exactamente en el mismo sentido en que iba a hacerlo Freud cinco años después en *La interpretación de los sueños*. Por otro lado, tanto en su artículo publicado "Las neuropsicosis de defensa" (1894), como en "Manuscrito H" (enero de 1895), publicado póstumamente, Freud caracterizó las alucinaciones como procedimientos de defensa contra ideas incompatibles. De manera que no puede haber duda alguna de que el concepto de regresión como mecanismo defensivo es muy antiguo, aunque no puede afirmarse con certeza cuándo nació exactamente ni si fue descubierto por Breuer o por Freud.

El concepto afín, pero más general de regresión como importante factor en la patogénesis de neurosis, psicosis, perversiones, etc., es enteramente de Freud y fue elaborado después del otro, aunque las primeras alusiones a él aparecen en la obra embriológica de Freud publicada en 1877 y 1878; en la Conferencia XXII de su *Introducción al psicoanálisis* (1916-17), Freud empleó esos descubrimientos embriólogicos para ilustrar la función patógena de la regresión. Pero en los años posteriores, la palabra "regresión" no aparece ni en los primeros escritos de Freud ni en el análisis de Dora (1905) ni en el de Gradiva (1907) ni en el de Juanito (1909). Las primeras alusiones de tanteo a la idea psicológica pueden discernirse en algunos pasajes de la primera edición de los *Tres ensayos* (1905), pero sólo en la tercera edición (1915) Freud manifestó explícitamente que la regresión era un importante factor patógeno. La verdadera fecha de este cambio parece situarse entre 1909 y 1910, cambio marcado por las Cinco Conferencias (1909) y los artículos sobre el Hombre de las Ratas (1909), Leonardo da Vinci (1910) y Schreber (1911), que era la época en que Freud se debatía con el problema del narcisismo. La cone-

xión entre estas dos ideas, el narcisismo, por un lado, y la regresión como factor patógeno, por otro, sería un tema sumamente interesante para un estudio histórico.

Freud resumió el aspecto teórico de estas dos funciones de la regresión —como mecanismo de defensa y como factor patógeno— en 1914 en la tercera edición de *La interpretación de los sueños* (pág. 548). Aquí distingue tres aspectos de regresión: el topográfico, el temporal y el formal. El movimiento "hacia atrás" de los procesos psíquicos, "que transforman pensamientos en imágenes" (pág. 544), no se produce sólo en el espacio, es decir, entre las varias instancias del aparato mental, sino también en el tiempo, desde el presente hacia experiencias anteriores. Por último, y tal vez sea la más importante característica, la observación clínica de que durante la regresión las experiencias psíquicas aparentemente se desintegran en sus componentes pasados y vuelven a surgir en el aparato mental formas más simples de experiencia.

Esta distinción de las tres formas o aspectos de regresión parece clara, convincente y terminante. Pero cobramos la primera impresión de que las cosas tal vez no son tan simples como parecen, cuando descubrimos que en su artículo, escrito un año después, "Suplemento metapsicológico de la teoría de los sueños" (1917, pág. 227), Freud distingue solo dos formas de regresión, la topográfica y la temporal,[1] y deja completamente de lado el aspecto formal, que hoy sin duda alguna sería considerado el más importante.

Ahora bien, la cuestión es ésta: ¿debemos considerar semejante discrepancia como un hecho carente de importancia o tratarlo —siguiendo el propio ejemplo de Freud— como un caso de olvido que indicaría una aversión por el tipo formal de regresión? Es posible que esa aversión influyera en el lento desarrollo de toda la idea. La regresión entendida como mecanismo de defensa necesitó por lo menos cinco años para ver la luz del día; la regresión como factor patógeno tardó otros diez o quince años en concretarse.

Además, hay aun otra función de la regresión, también con una larga historia anterior, a la que Freud volvió una y otra vez durante el siguiente período (alrededor de 1912-

[1] Debo a James Strachey haberme llamado la atención sobre esta especial discrepancia, así como sobre varios detalles referentes al desarrollo primero del concepto de regresión.

20); se trata de la función de la regresión como parte de la transferencia, especialmente puesta al servicio de la resistencia. La actitud de Freud frente a este complejo fenómeno, designado con expresiones cuya significación se superpone, tales como transferencia, exoactuación, compulsión a la repetición y regresión, podría caracterizarse como extremadamente cautelosa.

Esa actitud ya aparece con toda claridad en el capítulo técnico de *La histeria* (1895, págs. 301-304). Aunque allí no se emplea la palabra "regresión", Freud caracterizó vívidamente la forma regresiva de la transferencia como un "obstáculo". Y en los años posteriores cada vez que Freud volvió a considerar el problema de la transferencia no dejó de subrayar que la forma regresiva de transferencia era la clase de resistencia más potente. Sin duda, la transferencia era una aliada del tratamiento analítico, pero sólo en su forma adulta, afectuosa e inhibida en su fin.[2] Por otro lado, la transferencia podía convertirse en un peligro muy serio para el tratamiento analítico si el analista en virtud de sus interpretaciones no lograba separar en ella: a) la transferencia negativa y b) la transferencia positiva de impulsos eróticos reprimidos debidos al revivir de relaciones con imagos anteriores, es decir, con elementos regresivos ("La dinámica de la transferencia", 1912).

En su clásico artículo "Recordar, repetir y elaborar" (1914), Freud reconocía plenamente que ciertos pacientes no podían recordar algunas partes de su pasado emocional pero que debían "exoactuarlas" en su relación con el analista, es decir, que la transferencia debía entenderse también como una repetición del pasado olvidado del paciente, que se había hecho inaccesible a cualquier otro medio; y Freud admitía que esa repetición era en parte provocada por el tratamiento analítico mismo, pues era una de las consecuencias de la "nueva" técnica de la libre asociación. Ello no obstante, Freud no dejaba de repetir el cauto consejo de que el analista sólo debía responder a estos fenómenos interpretándolos. Primero, este consejo fue expresado con e término "abstinencia", por ejemplo, en su artículo "Sobre el amor de transferencia" (1915, pág. 165), y luego, unos pocos años después, en su artículo del Congreso de

[2] E. Bibring amplió esta idea para forjar el concepto de "alianza terapéutica" (artículo presentado en el Congreso de 1936).

Budapest (1918, pág. 162) con el término más vigoroso de "privación".

La abstinencia y la privación, impuestas por el analista a su paciente, parecen medidas un tanto severas, pero no hay duda de que ellas expresan bien lo que Freud consideraba necesario hacer cuando trataba una forma regresiva de transferencia.

Con todo, el desarrollo de estos conceptos de Freud no se detuvo aquí. El próximo paso fue reconocer la forma regresiva de transferencia como uno de los síntomas de la poderosa compulsión a la repetición, extender esta idea a la biología y postular sobre esta base la existencia de un instinto de muerte, una tendencia siempre constante a la regresión, es decir, a volver desde el estado actual a un estado que existía antes, en última instancia, pasar de la vida a la muerte (*Más allá del principio del placer*, 1920).

En relación con esto es importante observar que los dos fenómenos que Freud usó como ilustraciones del poder de la "compulsión a repetir" son la conducta de los niños en el juego y la conducta de los pacientes en la transferencia, especialmente en la transferencia de regresión.

Y aquí nos encontramos ante un dilema: si la regresión en la transferencia es un síntoma de la compulsión a la repetición provocada por la fuerza del instinto de muerte, ¿tendrán alguna posibilidad de éxito nuestros intentos de imponer la abstinencia y la privación a nuestros pacientes? Por otro lado, ¿nos es lícito inferir, del hecho de que en muchos casos de pacientes en estado de regresión el tratamiento analítico puede terminar con éxito, que después de todo la fuerza del instinto de muerte tal vez no sea tan arrolladora? Estas preguntas nunca se formularon y, por cierto, tampoco Freud lo hizo.

La regresión tiene aun otra función, la de aliada en la terapéutica analítica. Que yo sepa, Freud trató esta función sólo una vez, pero en esa oportunidad lo hizo de una manera enfáticamente positiva. Se ocupó de este tema en un pasaje de su "Historia del movimiento psicoanalítico" (1914, págs. 10-11). Como ya dije, el término "regresión" no aparece en el análisis de Dora, pero diez años después, en su ensayo histórico, Freud declaraba con admirable precisión que todo intento de resolver los efectos patológicos de un trauma reciente mediante el análisis directo había fracasado y que hubo que permitir que Dora hiciera un largo rodeo, que la condujo a su primera niñez, antes de que fue-

ra posible encontrar una solución del conflicto del momento. Freud coronó su discusión del caso señalando cuán falaz era pasar por alto "la regresión en la técnica analítica". A pesar de esta declaración no conozco ningún pasaje de los escritos de Freud que trate con amplitud los problemas de la regresión terapéutica, ni los de la regresión defensiva o de la regresión patógena. Además, Freud manifestó explícitamente, poco antes del pasaje que acabamos de citar, que ya había sido observada la regresión durante el tratamiento cuando Breuer y él mismo usaban el método catártico: "Descubrimos el proceso mental, característico de la neurosis, que posteriormente hube de llamar 'regresión' "; y luego continuaba, en el mismo aliento por decirlo así, con el ejemplo del análisis de Dora. De manera que no puede existir duda de que la observación de que la regresión es un importante factor terapéutico es tan antigua como el psicoanálisis mismo, si no más antigua aun.

La situación es, pues, bastante desconcertante. Freud reconoció que la regresión durante el tratamiento era un importante factor terapéutico en los anteriores casos en que utilizaba el método catártico; esta observación fue confirmada por el análisis de Dora y ciertamente también por otros. Asimismo, tenemos prueba impresa de que la idea teórica de regresión fue una de las más antiguas; sin embargo, tuvo que esperar hasta 1900 para aparecer impresa, y más de otros diez años hubieron de pasar hasta que Freud reconociera plenamente toda su significación como un factor en la patogénesis. A partir de entonces, el concepto tuvo una trayectoria espectacular, pero sólo en sus aspectos negativos, como una temible forma de resistencia, luego como síntoma de la compulsión a la repetición y por último como el ejemplo clínico más importante del instinto de muerte. Por otro lado, el papel de la regresión como aliada terapéutica sólo fue mencionado una vez, muy a la carrera, y luego aparentemente olvidado o eclipsado por sus aspectos amenazadores. En los capítulos 22 y 23 volveré a ocuparme de esta aparente incongruencia.

De manera que el consejo de Freud de cómo tratar la regresión durante el análisis fue absolutamente consecuente... tal vez con una transitoria excepción, aunque aun es discutible si se justifica llamar en absoluto excepción a esta excepción. Freud aconsejaba que cualquiera fuera el grado de regresión del paciente el analista conservara su normal actitud de simpatía y objetividad pasiva y respondiera

a los anhelos y deseos vehementes del paciente sólo interpretándolos. En su artículo "Observaciones sobre el amor de transferencia" (1915, pág. 16), Freud hasta declaraba que no era aconsejable ir más allá de ese punto, porque los casos en que semejante actitud fracasa revelan por lo general ser inadecuados para el análisis. Es esta actitud de no responder la que está descrita en la aseveración "el tratamiento debe llevarse a cabo en el estado de abstinencia o de privación".

Consideremos ahora la discutible excepción. Alrededor de fines de la Primera Guerra Mundial, poco después de su análisis con Freud, Ferenczi inició sus experimentos técnicos que —en su primera fase llamados de "técnica activa"— fueron enteramente respaldados por Freud. El principio guía de esta fase era el de que en el momento oportuno el analista propusiera al paciente que se expusiera (y hasta que las produjera intencionalmente) a situaciones que determinarían un considerable aumento de tensión en el paciente. Se esperaba que esta intervención tuviera dos resultados: la irrupción en la conciencia de pulsiones instintuales hasta entonces reprimidas, lo cual cambiaría un síntoma desagradable en una grata satisfacción, y reanudar el flujo de asociaciones del paciente transitoriamente interrumpido. En su artículo del Congreso de Budapest (1918), ya mencionado, Freud justificadamente afirmó que era suya la idea original que estimuló estas innovaciones técnicas y citó sus dos experimentos: a) que pacientes agudamente agorafóbicos deberían ser inducidos a exponerse a la situación temida, y b) en ciertos casos, como el del Hombre de los Lobos, el analista debería fijar un día para dar por terminado el tratamiento. Freud confirmó las conclusiones de Ferenczi de que, si la intervención se realizaba en el momento oportuno y de la manera conveniente, el resultado se traducía en un gran progreso del tratamiento.

Espero que ahora resulte claro por qué llamé a este procedimiento técnico una discutible excepción a la regla general. Por una parte, este procedimiento puede considerarse como una extensión lógica de la norma de abstinencia o privación; aquí no se da satisfacción a los anhelos o deseos vehementes del paciente sino que se le impone una tensión aun mayor. Por otra parte, el procedimiento significa ciertamente hacer algo más que interpretar la transferencia regresiva, o no tan regresiva, del paciente; significa abandonar la actitud de simpatía y objetividad pasiva al responder

de una manera específica a algo que hay en el paciente. Además, a la luz de lo que sabemos por los experimentos de Ferenczi y de otros realizados después, parece bastante cuestionable que al elevar la tensión del paciente se logre el objetivo apuntado de la privación o se logre algo completamente diferente.

Así y todo, en algunos casos el avance logrado de este modo tuvo suficiente ímpetu para durar hasta la terminación del tratamiento analítico; en otros casos, desgraciadamente en la mayoría, el ímpetu fue disminuyendo poco a poco y el paciente sufrió una recaída. Freud previó esta posibilidad, y cuando sus experiencias lo convencieron de que aquí el éxito era engañoso e impredecible, abandonó esta idea que ya no menciono en sus escritos posteriores a 1918.

Ferenczi tuvo las mismas experiencias que Freud, pero estaba tan impresionado por la naturaleza muy primitiva de las reacciones de su paciente a las intervenciones que él practicaba que decidió ampliar su estudio y variar las intervenciones mientras continuaba con el trabajo analítico. Descubrió de esta manera que los traumas patógenos infantiles, cuando eran reactivados por el tratamiento analítico, parecían tener —para emplear una expresión moderna— una estructura bifásica.

En la primera fase, el infante o el niño parece haber estado sometido a un traumático estímulo, excesivo o insuficiente, por parte del ambiente, representado éste por los objetos adultos más importantes; cuando en la segunda fase el niño trata de obtener reparación, consuelo o mera comprensión de los mismos adultos, éstos —bajo la influencia de sus sentimientos de culpa conscientes o inconscientes— niegan toda participación en la fase anterior y muestran con sus palabras y conducta que realmente no sabían que se iba a armar tanto alboroto; o para usar nuestra terminología, aunque tienen una actitud de simpatía y objetividad muestran claramente que no habían intervenido en la fase anterior. Ferenczi tuvo que admitir que la repetición de la situación traumática en virtud de su propia intervención activa (al observar luego los hechos con el habitual desapego analítico) era muy similar en su estructura al trauma original, y llegó a la ulterior conclusión de que la técnica analítica clásica, cuando inducía al paciente a recordar o a repetir el trauma original, mientras el analista mantenía su actitud de pasividad objetiva, podía en ciertos casos crear

condiciones parecidas a las producidas por la intervención activa ("Notas y fragmentos", 4-11-1932, en *Final Contributions*, 1955).

Una vez llegado a este punto, a Ferenczi le pareció evidente el próximo paso. Si el trauma original consistía en el estímulo excesivo o insuficiente por parte del ambiente, con la subsiguiente falta de comprensión y con la indiferencia de ese mismo ambiente, luego el objetivo del tratamiento debía ser: a) ayudar al paciente a "regresar" a la situación traumática, b) observar cuidadosamente qué grado de tensión el paciente será capaz de soportar en ese estado, y c) cuidar de que la tensión permanezca aproximadamente en ese nivel respondiendo de manera positiva a los deseos, anhelos y necesidades del paciente en estado de regresión. Un subproducto de esta investigación fue el primer estudio intensivo de la relación de médico y paciente y el descubrimiento de lo que hoy se llama la técnica de las interpretaciones de la contratransferencia (Ferenczi, 1930, 1931 y 1932).

Fue en este punto donde el desacuerdo de Freud y Ferenczi se hizo crítico. Freud predecía que sería imposible satisfacer incondicionalmente todas las necesidades de un paciente en estado de regresión, que todo intento de esta índole mejoraría el estado del paciente sólo mientras el analista fuera capaz de estar continuamente a disposición del paciente y, por fin, que la mayoría de tales pacientes, aun cuando mejoraran algún tanto, nunca llegarían a ser realmente independientes.

La controversia entre Freud y Ferenczi nunca quedó zanjada. Ferenczi murió antes de terminar sus últimos experimentos. La muerte del analista es siempre un acontecimiento en alto grado traumático para todo paciente, pero lo es especialmente para el que se encuentra en estado de profunda regresión. Con esto no quiero decir que los resultados de Ferenczi habrían sido todos favorables si el terapeuta hubiera vivido suficientemente para dar fin a sus experimentos; pero deseo ciertamente decir que en semejantes condiciones no puede responderse a esta pregunta con un simple sí o no, basándonos en las observaciones clínicas referentes a la última serie de pacientes de Ferenczi. En el capítulo 23 volveré a ocuparme de este tema.

Capitulo 20

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

Resumiendo, Freud nos enseñó que, clínicamente, la regresión puede tener cuatro funciones: a) como mecanismo de defensa, b) como un factor patógeno, c) como una potente forma de resistencia y d) como un factor especial en la terapéutica analítica.

En esta parte trataré sólo una pequeña porción del complejo campo de la regresión; me ocuparé principalmente de los fenómenos que pueden observarse durante el tratamiento analítico. Esta limitación prácticamente excluye la regresión como mecanismo de defensa, puesto que casos de alucinaciones agudas son raros en la práctica. Además, dicha limitación hará que el estudio de la regresión como factor patógeno resulte algún tanto restringido y unilateral. En efecto, durante el análisis la regresión se trata como un estado transitorio; aunque el paciente tolere la regresión, no puede suponerse que permanezca en ese estado y se establezca en él como una solución aceptable. Así estudiada, la regresión en su función patógena no se manifiesta como un hecho del pasado, sino más bien como un proceso dinámico del presente; uno la ve llegar, hacerse cargo de la situación, dominarla por un tiempo, renunciar a su dominio en favor de alguna otra fuerza, por ejemplo, la de la realidad, y luego desaparecer. Evidentemente, las dos funciones que un analista puede observar con mayor frecuencia durante el tratamiento son la regresión como forma de resistencia y la regresión como aliada terapéutica.

Me propongo discutir este tema dividiéndolo en tres grupos de cuestiones. Primero, la sintomatología y el diagnóstico de la regresión. Aquí las cuestiones importantes son: ¿qué constituye una regresión durante el análisis? Es decir, ¿cuáles son sus criterios diagnósticos distintivos? ¿Se da la regresión sólo en una forma o, si se da en varias, cuáles son esas varias formas? El segundo grupo de cuestiones se refiere al dinamismo de la regresión. ¿Cuáles son los hechos esenciales durante una fase de regresión y cuál es la significación específica de cada uno de esos hechos? Y, por último, el tercer grupo de cuestiones se referirá a la técnica y a la terapéutica. En esta parte sólo rozaré el último grupo de cuestiones, pues me propongo tratarlo en detalle en la Parte V. El problema está en decidir qué determina si una regresión habrá de tener un efecto patógeno o un efecto terapéutico. Si esta cuestión está determinada o influida por hechos exteriores, ¿qué puede hacer el analista para asegurar que la regresión de su paciente sea terapéutica y para evitar todo peligro de una regresión patológica?

Comenzaré considerando mis primeras experiencias clínicas en este campo. Los rasgos reiterados que mostraban esas experiencias eran los siguientes: en un determinado punto del tratamiento analítico, después de una interpretación aparentemente correcta, se producía un cambio repentino, y el paciente presentaba en la situación analítica una forma de satisfacción primitiva o una forma de relación objetal simple, que hasta entonces le resultaba imposible, desagradable o repulsiva. Si esto fuera interpretado en la habitual manera de la simpatía objetiva, no podría discernirse nada más. Pero si el analista aceptaba ese nuevo hecho y respondía a él, se producía un adelanto inmediato con signos de progreso terapéutico.

Esta diferencia significa que tanto el paciente como su analista hacen algo más, además —pero no en lugar de— de lo que ocurre en el tratamiento analítico "clásico".

Veamos un caso concreto. En la segunda mitad de la década de 1920, comencé el tratamiento analítico de una atractiva muchacha, vivaz y bastante coqueta que todavía no tenía treinta años. Se quejaba principalmente de su incapacidad para llevar a buen término cualquier cosa. Había cursado con éxito estudios universitarios unos años atrás, pero no había podido dar el examen final. Gozaba de popularidad con los hombres y varios de ellos deseaban casarse con ella o bien tener una aventura, pero la joven no era ca-

paz de responder a las solicitudes de sus admiradores. Poco a poco, vino a descubrirse que esa incapacidad de la paciente para responder tenía relación con un paralizador sentimiento de inseguridad, que le hacía evitar todo riesgo y tomar una decisión. La joven mantenía un estrecho vínculo con su padre, hombre vigoroso y un poco obsesivo, aunque muy digno de confianza para ella; los dos se comprendían y apreciaban mucho; en cambio la relación de la paciente con su madre, que era una persona intimidada y que aquélla no sentía como digna de confianza, era claramente ambivalente.

Pasaron alrededor de dos años antes de que estas conexiones cobraran sentido para la paciente. Más o menos en esa época le di la interpretación de que aparentemente lo más importante para ella era mantener la cabeza erguida y pisar firmemente la tierra con los pies. En respuesta a mi interpretación, la joven me contó que ni siquiera en su niñez había sido capaz de dar alguna vez un salto mortal, aunque en varias oportunidades había tratado desesperadamente de hacerlo. Entonces le dije: "¿Qué le parece si lo intenta ahora?" La paciente se levantó del diván y con gran sorpresa suya dio un perfecto salto mortal sin ninguna dificultad.

Este episodio fue un verdadero avance. A él siguieron muchos cambios en la vida emocional, social y profesional de la paciente y todos ellos tendían a darle mayor libertad y elasticidad. Además, la paciente consiguió aprobar un examen profesional de posgrado sumamente difícil, se comprometió y se casó.

Como era habitual en aquella época y en la práctica analítica, el casamiento de la joven interrumpió el tratamiento, pero dos años después retornó para someterse nuevamente al análisis durante unos catorce meses. La historia clínica posterior, que abarca casi treinta años, muestra que la paciente fue capaz de llevar una vida completamente normal, a pesar de las muchas conmociones y grandes dificultades exteriores que debió soportar: la ocupación alemana, la guerra, el sitio de los rusos, la ocupación rusa, el surgimiento del régimen comunista, una revolución, etc. De manera que aquel primer avance representado por el episodio del salto mortal condujo a resultados aceptables que resistieron bien la prueba del tiempo.

¿Cuál es el correcto término diagnóstico para designar aquel salto mortal, el hecho decisivo en esta historia clínica? Primero desearía proponer una descripción inequívoca

que espero se acepte sin gran discusión. Para una joven de treinta años dar un salto mortal significa ciertamente el surgimiento de una forma infantil y primitiva de conducta, después de haberse establecido firmemente formas de conducta más maduras y adultas. Esta es una aseveración correcta aunque algo larga; en su lugar, la teoría analítica emplea cuatro expresiones cuyas significaciones se superponen en gran medida: transferencia, exoactuación, repetición y regresión. En nuestro caso las cuatro son, en parte, correctas y, en parte, incorrectas.

No hay duda de que el salto mortal fue una exoactuación, pero no resulta claro qué fue realmente exoactuado. El hecho ocurrió en la transferencia, si entendemos por transferencia toda la situación analítica. Pero si usamos el término en su sentido estricto y consideramos lo que es transferido de un objeto original al analista, no es seguro que la transferencia sea aplicable en nuestro caso. Análogas dificultades encontramos con la repetición y la regresión. Uno sólo puede repetir algo que ha hecho por lo menos una vez antes; e igualmente quizá uno puede "regresar" a algo que ha existido por lo menos una vez antes. Pero, como lo muestra la historia clínica, mi paciente nunca fue capaz de dar un salto mortal. De manera que sería una contradicción lógica llamar repetición o regresión al primer salto mortal que dio en su vida. A pesar de esta contradicción, emplearé la palabra regresión para designar de manera amplia el surgimiento (en respuesta al tratamiento analítico) de formas primitivas de comportarse y de experimentar, después de haberse establecido firmemente formas más maduras.

Dicho sea de paso, esta falta de diagnóstico diferencial apropiado, es decir, esa costumbre de llamar vagamente *ipso facto* transferencia y/o regresión a cualquier cosa "primitiva" que el paciente muestra en la situación analítica, determinó una serie de concepciones equivocadas y trabó el progreso de la investigación en este campo. Aquí y allá trataré de clarificar algunos detalles, pero no abrigo demasiadas esperanzas sobre el futuro de mis proposiciones. Mucho más fácil es iniciar un nuevo hábito que reformar uno viejo.

Además, hay una serie de estados clínicos que se parecen a la regresión en muchos sentidos y, por consiguiente, a menudo se los confunde con ella, aunque sus estructuras dinámicas son fundamentalmente diferentes. Quizá el más común de esos estados sea el *retiro*, que cesa todo contacto

con el analista o con el ambiente. Winnicott (1958) describió una forma específica de este estado como la capacidad de estar sólo en presencia de algún otro. Si una persona está *casi enteramente absorbida en su ámbito de creación*, puede dar la impresión de haberse retirado. Todos estos estados pueden ser breves o durar bastante tiempo, pueden ser patológicos o absolutamente normales; y, por último, pueden entrañar una pequeña o bien considerable medida de regresión. De todas maneras creo que deberían diferenciarse de la regresión propiamente dicha.

Lo mismo cabe decir de otro estado clínico muy parecido que podría llamarse *desintegración*; en este estado queda fuera de acción una estructura superior y compleja y como consecuencia de esto aparecen o quizá reaparecen formas más primitivas de funcionar y experienciar. Una forma patológica es la esquizofrenia progresiva; una forma casi normal es la cesación de la genitalidad en la vejez. Estos dos estados exhiben una serie de verdaderos rasgos regresivos y tal vez pudieran ser ejemplos de "regresión como un factor en la patogénesis". Pero aun cuando se acepte la naturaleza regresiva de los estados de desintegración, habría que diferenciar estas formas de la regresión observada durante el tratamiento analítico.

Volvamos a considerar mi caso: aquel episodio ocurrido alrededor de 1930. Basándome en la teoría de los instintos y en la psicología del yo, las dos teorías que prevalecían entonces en psicoanálisis, podía yo pretender que lo que había logrado en mi caso era: a) aumenté la tensión en mi paciente al ofrecerle la oportunidad de dar un salto mortal allí mismo, es decir, al exponerla a la situación temida; en virtud de ello; b) la ayudé a lograr la irrupción de un instinto que produjo la gratificación deleitosa de una pulsión o impulso que hasta entonces había estado inhibido por represiones y c) paralelamente con esta experiencia o por obra de ella, el yo de la paciente se hizo más fuerte.

En aquella época nuestras concepciones teóricas, especialmente en Budapest, estaban cambiando gradualmente y estaban pasando de la preocupación casi exclusiva por la teoría de la libido y el instinto y la nueva psicología del yo a un reconocimiento de la importancia de las relaciones objetales. Es difícil dar una fecha exacta de este cambio. Primero fue anunciado por Ferenczi en el capítulo III de *Thalassa* (1924), "Estadios en el desarrollo del sentido erótico de realidad", luego recibió nuevo impulso de los decep-

cionantes resultados de la técnica activa de Ferenczi y del estudio intensivo que realizó sobre la relación paciente-analista, pero cobró gran impulso sólo después de 1928 con la publicación de sus dos artículos "El problema de la terminación del análisis" y "La elasticidad de la técnica psicoanalítica".

Influido por esta nueva orientación, consigné también los cambios en las relaciones objetales de la paciente. El resultado de aquel avance repentino equivalía a una anulación de la represión; una función del yo que, a causa de su significación simbólica había estado inhibida y era egodistónica, quedaba ahora liberada y, después de separar su catexia erótica secundaria, quedó integrada en el yo como algo placentero. Pero también era cierto que aquel avance se produjo en la situación psicoanalítica, esto es, en una relación objetal y que abrió nuevos caminos de amor y odio para la paciente. Esto equivalía a un nuevo descubrimiento, y a partir de entonces la relación de la paciente con sus objetos de amor y odio se hizo más libre y más realista.

Partiendo de esta base más amplia, desarrollé mi concepto de *nuevo comienzo* para caracterizar un buen número de experiencias clínicas de la índole consignada aquí. Hice una lista de los puntos que consideraba característicos de un nuevo comienzo (Balint, M., 1932 y 1934). Esa lista representaba un primer intento de establecer una sintomatología clínica de regresión benéfica durante el tratamiento analítico.

En los capítulos siguientes, mostraré cómo esa lista fue cambiando a la luz de las experiencias clínicas que recogí durante los últimos treinta años.

1. En el momento en que aumenta la tensión, es decir, antes de la gratificación de la pulsión, se manifiestan síntomas sumamente turbulentos y estrepitosos; luego sobreviene un súbito cambio que se traduce en la sensación de un tranquilo, sereno bienestar, que el analista puede pasar por alto si no pone mucho cuidado en la observación.

2. La intensidad de la gratificación de las actividades recién comenzadas nunca alcanza los niveles de placer terminal.

3. Todos los nuevos comienzos se producen en la transferencia, es decir, en una relación objetal y llevan a una relación modificada del paciente con sus objetos de amor y odio y, por consiguiente, a una considerable disminución de la ansiedad.

4. Los nuevos comienzos también determinan cambios de carácter. Hoy la misma observación clínica se consideraría como un cambio en el yo. Y por último, el punto más importante:

5. El nuevo comienzo significa: a) remontarse a algo "primitivo", a un punto anterior a aquel en que comenzó el desarrollo defectuoso, movimiento que podría caracterizarse como una regresión, y b) descubrir, al mismo tiempo, un nuevo camino más adecuado que equivale a un progreso. En mi libro *Thrills and Regressions* (1959), llamé a la suma total de estos dos fenómenos básicos: regresión a los efectos del progreso.

Volvamos a considerar una vez más mi caso clínico. Si aceptamos que aquel adelanto primero fue un importante factor del buen resultado terapéutico, se plantea la cuestión de cómo entender su dinamismo. El buen resultado podría haber sido determinado por: a) haber forzado a la conciencia —o al yo— a suspender parte de la represión y a aceptar una pulsión instintual como egosintónica y placentera; b) haber fortalecido el yo al ampliar sus límites a expensas del ello, y c) haber ayudado a la paciente a entrar en un nuevo comienzo o, si se prefiere, en una regresión.

Desde luego, podría uno sostener que el factor decisivo del buen resultado terapéutico fue el trabajo analítico que precedió al incidente descrito y la apropiada elaboración que siguió a dicho incidente. Este mismo, aunque espectacular, era insignificante, salvo acaso en el hecho de haber procurado algún alivio inocuo al fatigoso trabajo tanto del paciente como del analista. Es difícil dar una respuesta sobre la base de un caso que alcanzó éxito. El éxito puede atribuirse a algún factor o a alguna combinación de factores; por lo tanto, es casi imposible aducir el éxito como prueba de la validez de una proposición técnica. Propongo, pues, que por el momento dejemos en suspenso el juicio y continuemos nuestra indagación.

Capitulo 21

GRATIFICACIONES Y RELACIONES OBJETALES

Había llegado aproximadamente a esas conclusiones en la época en que murió Ferenczi en 1933, hace ya bastantes años. En aquel momento predominaba la opinión general de que los experimentos de Ferenczi habían demostrado que responder a los anhelos de un paciente en estado de regresión era un error que causaba innumerables e inútiles dificultades tanto al paciente como al analista; en todo caso, el propio Freud lo condenó. Durante algún tiempo traté de reconsiderar la cuestión señalando que esa condena general no era justa ni provechosa (Balint, M., 1934, 1935, 1937, 1949, 1951, etc.). Lo que yo pedía era una reconsideración crítica —no una aceptación incondicional— de lo que estimaba valioso en las ideas desarrolladas en Budapest bajo la dirección de Ferenczi. Mi empeño no obtuvo respuesta. Habiendo fracasado en él, no me quedaba más remedio que continuar por mi cuenta mi trabajo clínico y someter a prueba la validez de esas ideas con nuevas experiencias. En los últimos años me pareció percibir algunos signos de un cambio en la actitud general, aunque puedo estar equivocado. Ahora vuelvo a intentarlo.

De los hechos de la fase de nuevo comienzo enumerados en la lista que puse al final del capítulo 20, pensé que tres de ellos eran promisorios, es decir, dignos de ser más estudiados e investigados. El más notable era la gratificación primitiva misma; el segundo, los repentinos cambios producidos en la intensidad de la atmósfera analítica: una deman-

da muy apasionada de gratificación mientras el impulso queda sin satisfacer y una casi completa desaparición de toda pasión inmediatamente después de la satisfacción; y tercero, la condición absoluta de que todo esto tenía que ocurrir en la situación analítica, es decir, en una relación objetal.

Comencemos considerando el aspecto de la gratificación. No puede haber duda de que algo debe ser satisfecho, pero es difícil identificar ese algo como un derivado de un determinado instinto parcial. En algunos casos es posible identificarlo haciendo una concesión, por ejemplo, el caso de mi paciente a la que se le dio la oportunidad de dar un salto mortal. Otra paciente —cuyo tratamiento también tuvo éxito y cuya historia posterior abarcó alrededor de veinticinco años más— deseaba mantener asido uno de mis dedos algún tiempo durante un período de su análisis. Sin gran esfuerzo podía uno discernir un instinto de aferrarse para explicar la satisfacción observada en el caso de esta paciente. Otro paciente, esta vez un hombre, obtuvo licencia de varias semanas por enfermedad durante un período de nuevo comienzo. Sería difícil decir si estaba enfermo o no en aquella época; lo cierto era que no podía trabajar, que se pasaba la mayor parte del tiempo en cama y que era menester prodigarle solícitos cuidados, pero acudía regularmente a las sesiones analíticas. . ., no perdió ni una. Alrededor de esa misma época, pidió sesiones adicionales, especialmente durante los fines de semana o bien me pedía que lo visitara en su casa. Sería difícil relacionar estas satisfacciones con un determinado instinto parcial, pero es claro que los tres pacientes necesitaban un cierto tipo de relación sencilla, complaciente (*gewährend*) con su ambiente, esto es, con su objeto más importante del momento: su analista.

Volviendo a la cuestión del diagnóstico diferencial, en cada uno de los tres casos citados, formas primitivas de comportarse y de experimentar surgieron después de haberse establecido firmemente formas más maduras, y a este proceso es a lo que propuse que se llame regresión. La regresión provocaba anhelos y deseos vehementes, y en los tres casos el analista respondió positivamente a esos deseos y los satisfizo. Quiero dejar bien en claro que *la satisfacción no reemplazó a la interpretación*, sino que fue un agregado a esta última. En algunos tratamientos, la interpretación precedía a la satisfacción y en otros la seguía, según lo exigiera la situación.

En la década de 1930 comencé a comprender que la sa-

tisfacción exigida y recibida por el paciente en el período del nuevo comienzo, aunque notable, no era lo más importante; quizá fuera sólo un medio para alcanzar un fin. Lo que realmente importaba era que el paciente fuera ayudado a librarse de complejas, rígidas y opresivas formas de relación con sus objetos de amor y odio —formas llamadas en aquella época rasgos de carácter— para comenzar a establecer formas de relación más simples y menos opresivas. Por ejemplo, en mi primer caso y en el momento decisivo, la paciente no sentía al analista como un objeto adulto estimulante, excitante o prohibitivo, en cuya presencia ninguna joven que se respetara tendría la ocurrencia de dar un salto mortal, sino que lo sentía como un objeto seguro en cuya presencia la paciente podía permitirse entregarse a placeres infantiles. Dicho sea de paso, no importaría mucho que la misma diferencia fuera expresada en el lenguaje del conflicto edípico triangular o en cualquiera de los otros lenguajes, el preedípico, el oral, el anal, el fálico, etc. Además, es casi seguro que cualquiera de estas expresiones será correcta al describir una de sus muchas sobredeterminaciones.

Para designar esta atmósfera especial del período del nuevo comienzo usé el adjetivo alemán *arglos* que, como *Lust* o *Besetzung*, no tiene un equivalente en inglés. Los diccionarios dan estas traducciones: *guileless, innocent, simple, harmless, inoffensive, unsophisticated, unsuspecting* (cándido, inocente, simple, inocuo, inofensivo, sencillo, poco sospechoso), ninguna de las cuales expresa la significación justa del original. Necesitaríamos una palabra que describiese una situación en la cual un individuo siente que en el ambiente no hay nada nocivo para él y al mismo tiempo que en él mismo no hay nada nocivo para su ambiente. Nuestra terminología analítica podría prestarnos cierta ayuda, pues nos ofrece adjetivos como preambivalente, prepersecutorio o preparanoide. La dificultad está en que estos términos son demasiado elaborados para describir la simple atmósfera cándida y sencilla de este período. Lo que el paciente experimentó en la transferencia era que por fin se sentía capaz de prescindir de toda coraza defensiva y sentir que la vida se había hecho más simple y verdadera. . ., un descubrimiento realmente nuevo.

Todo esto diferenciaba el nuevo comienzo de lo que Freud llamó regresión, que era un proceso desarrollado por entero en el interior de la psique del individuo, en tanto que la regresión que yo observaba durante el tratamiento analí-

tico —el nuevo comienzo— pertenecía, para usar una expresión moderna, al campo de la psicología bipersonal. Como el desarrollo de las relaciones objetales no era un tema que estuviera de moda en aquella época, casi nadie reparó en mis conclusiones, aunque las publiqué repetidamente (Balint, M., a partir de 1932).

Primero acepté la idea teórica de Ferenczi del "amor objetal pasivo" (1924) para designar esta relación primitiva. Ferenczi pensaba que el verdadero objetivo en la vida erótica era ser amado y que cualquier otra actividad que pudiera observarse constituía sólo un rodeo, un camino indirecto hacia esa meta. La idea parecía promisoria y, en realidad, con ella se podía explicar una serie de actitudes primitivas respecto a objetos de amor, no sólo de los niños sino también de los adultos. Pero a la larga resultó insostenible. Una observación más atenta de pacientes en el período de nuevo comienzo mostró la inmensa importancia de períodos tranquilos y serenos de contentamiento y también de expectaciones de ser amados y satisfechos por el ambiente, pero también mostró una activa busca de contactos con el ambiente. En vista de esta innegable actividad tuve que abandonar la expresión "amor objetal pasivo" y desde entonces hablé de amor objetal primitivo o primario o de relación objetal primaria (Balint, M., 1937).

Debo admitir sin embargo que también estas expresiones resultaron inadecuadas. A medida que mejoraban mis facultades de observación y se aguzaba mi capacidad de escuchar, fui aprendiendo de mis pacientes —como hube de resumirlo en el capítulo 12— que hay una fase más, anterior al surgimiento de los objetos primarios (Balint, M., 1957-1959), que podría llamarse la fase del ambiente indiferenciado, la fase de las substancias primarias o la fase de la interpenetración armoniosa (Balint, M., 1959). Para repetir lo expuesto con más detalles en el capítulo 12, la mejor ilustración de ese estado es la relación en que nos encontramos con el aire que nos rodea. Es difícil decir si el aire que está en nuestros pulmones o en nuestras entrañas es parte de nosotros o no; y esto ni siquiera nos importa. Aspiramos el aire, tomamos de él lo que necesitamos y después de depositar en él lo que no nos hace falta, lo exhalamos, y nada nos importa que al aire le guste o no. El aire debe estar allí para nosotros en cantidad y calidad adecuadas; mientras el aire está presente la relación entre nosotros y él no puede observarse, o sólo puede hacérselo con gran dificultad; pero

si algo se opone a que aspiremos el aire, se presentan síntomas espectaculares y estrepitosos, de la misma manera que ocurre con el infante insatisfecho o con el paciente insatisfecho en la primera fase del nuevo comienzo.

El aire no es un objeto sino una substancia, como el agua o la leche. Según ya dije, hay unas pocas más —no muchas— de esas substancias, entre ellas los elementos de los filósofos presocráticos: el agua, la tierra y el fuego, y algunas otras usadas en las actuales clínicas de guía infantil, como la arena o la plastilina. La principal característica de estas substancias es su indestructibilidad. Podemos construir un castillo con arena húmeda, luego destruirlo, y la arena permanecerá aún allí como antes. Podemos detener un chorro de agua que sale de un grifo tapándolo con un dedo, pero apenas quitamos el dedo, reaparece otra vez el chorro, etc.

El papel del analista en ciertos períodos del nuevo comienzo se parece en muchos aspectos al de las substancias u objetos primarios. El analista debe estar allí presente; debe ser flexible en muy alto grado; no debe ofrecer mucha resistencia; debe ser indestructible y permitir a su paciente vivir con él en una especie de interpenetración armoniosa. Sé que todo esto suena algo cómico y estoy preparado a recibir los agudos y certeros chistes con que se comente esta nueva técnica, pero me es lícito alegar que estoy tratando de describir con palabras experiencias que pertenecen a un período muy anterior al del descubrimiento de las palabras, un período que es hasta anterior al surgimiento de objetos en medio de la no perturbada armonía de amistosas substancias.

Según mi experiencia, la regresión durante el tratamiento analítico —la primera fase de un nuevo comienzo —tiende a establecer una relación objetal semejante por su estructura a la relación primaria. Evidentemente esa relación puede alcanzarse sólo si el analista comprende que eso es lo que está ocurriendo, reconoce que eso es lo que se necesita en ese momento, acepta ese deseo del paciente como parte del proceso terapéutico y no trata de poner trabas a su despliegue con su conducta o con sus interpretaciones.

Este es el lado positivo de la situación. Desgraciadamente también hay lados negativos, de los que nos ocuparemos en el siguiente capítulo.

CAPITULO 22

LAS VARIAS FORMAS DE REGRESION TERAPEUTICA

Hasta ahora me he referido sólo a pacientes que pasaron por una regresión terapéutica positiva, lo cual puede dar la impresión de que, a mi juicio, la regresión era todo lo que importaba en un tratamiento analítico difícil y además de que la repetida advertencia de Freud, que recomendaba cautela cuando se tratara una forma regresiva de transferencia, no tenía gran fundamento clínico, en tanto que las ideas técnicas de Ferenczi eran todas correctas y que sólo su prematura muerte le impidió demostrar que era así. Para disipar esas falsas impresiones, consideremos algunas observaciones clínicas.

Hace algunos años (Balint, M., 1952) me ocupé durante bastante tiempo del problema de pacientes que, aunque capaces de regresión, no eran capaces de alcanzar ese cándido estado *arglos*, que es una condición previa necesaria del nuevo comienzo, y cuyo tratamiento terminaba con un resultado parcial. Aunque los resultados eran bastante aceptables, estaban por debajo de los logrados después de un apropiado nuevo comienzo. En cuanto a los detalles, debo remitir al lector a la publicación original.

Según mi experiencia —independientemente de los éxitos parciales debidos a la incapacidad de la unidad paciente-analista de llegar a la esfera del nuevo comienzo—, los pacientes se dividen en dos grupos: en algunos tratamientos sólo se da un período de regresión o nuevo comienzo o, a lo sumo, se dan unos pocos períodos, después de lo cual el paciente emerge espontáneamente de su mundo primitivo y se siente

mejor o hasta curado —como lo pronosticaba Ferenczi—; pero, en otros casos, parecía que a los pacientes nada les bastaba; tan pronto como quedaban satisfechos sus primitivos deseos y necesidades surgía un nuevo deseo o anhelo igualmente urgente y perentorio. En algunos casos, esto culminaba en estados semejantes a los de la adicción, que eran muy difíciles de manejar y en algunos casos resultaban intratables, como pronosticaba Freud.

Encontré cierta explicación de esta importante diferencia en un tercer grupo de hechos de la sintomatología correspondiente al período del nuevo comienzo; los primeros dos grupos eran las formas primitivas de gratificación y los cambios producidos en la relación objetal. El tercer grupo de hechos a que me refiero comprende los repentinos cambios de intensidad registrados en la atmósfera analítica o en la transferencia. Mientras uno no llega a planos profundos, la sintomatología clínica parece bastante simple. Si la tensión del paciente aumenta, esto quiere decir que la satisfacción esperada no ha llegado todavía y entonces aparecen y se mantienen espectaculares y ruidosos síntomas; cuando el paciente llega a experimentar la esperada satisfacción, los ruidosos síntomas desaparecen, y sólo una observación sumamente cuidadosa puede detectar en el paciente los signos de un tranquilo y sereno bienestar. Aproximadamente a estas conclusiones había llegado yo a mediados de la década de 1930 y, por supuesto, establecí el obvio paralelo entre estas observaciones y el cambio de un bebé hambriento que luego queda satisfecho.

Sin embargo, pronto me di cuenta de que este paralelo, aunque plausible, era válido sólo dentro de los confines de la psicología unipersonal. Para ilustrar lo que quiero decir, me remontaré al antecedente de toda la terapéutica analítica, al tratamiento de Anna O. por Breuer.

Unos pocos rasgos de regresión que siempre se repiten ya aparecieron claramente en el caso de Anna O., aunque ni Breuer ni Freud parecen haber reconocido la naturaleza fundamental de esos rasgos; en todo caso, no tenemos prueba impresa de que así fuera. Anna O. en su estado normal no tenía acceso a sus recuerdos reprimidos, sólo tenía acceso a ellos en estado hipnótico, que es un estado más primitivo (es decir de regresión). Luego tenemos la famosa escena final justo antes de terminar el tratamiento: la paciente dispuso su habitación como solía estar el cuarto de enfermo de su padre; hoy se llamaría a eso un caso de exoactuación.

La relación entre la paciente y su terapeuta durante aquel período se hizo más primitiva que la relación entre dos adultos normales. Una notable característica de esta relación modificada era la de que, si bien el terapeuta llegó a ser una figura supremamente importante para la paciente, ésta no sentía ni mostraba gran interés por él; el terapeuta sencillamente tenía que dar gratificación a las expectaciones de la paciente, exactamente como ocurre en una relación con objetos primarios. Por ejemplo, Breuer, que era un médico muy atareado, tenía que —como cosa dada por descontada— hacerle dos visitas por día de considerable duración, y esta situación continuó durante bastante tiempo.

Otro aspecto de aquel episodio se refiere a las grandes recompensas que recibió el terapeuta por su empeño. Siempre que lograra satisfacer las demandas de su paciente, Breuer tenía la oportunidad de observar y comprender íntimos secretos, sumamente reveladores, de la psique humana y de sentir que su ayuda tenía enorme importancia. Sobre todo, no debemos olvidar que Anna O. entregó a Breuer como gratuito don el método de la "cura por la palabra" y también es casi seguro que le hizo descubrir la transferencia; y no era culpa de la paciente si el terapeuta no comprendió todo el valor de lo que ella le había dado.

Este es un cuadro bastante común en pacientes como Anna O. Mientras se satisfacen las expectaciones y demandas del paciente, al terapeuta le es dado observar hechos interesantísimos, sumamente reveladores, en tanto que el paciente se va sintiendo mejor y aprecia y agradece los esfuerzos del terapeuta. Esta es una cara de la moneda, pero también está el reverso de la moneda. Si las expectaciones no quedan satisfechas, resultan interminables sufrimientos o interminables vituperios o ambas cosas a la vez. Una vez establecida esta situación, al analista le resultará muy difícil resistir su poder, salir de ella y sacar de ella al paciente, y aun más difícil le será terminar la relación. A menudo, el final equivale a un desenlace trágico o heroico.

Esta situación trágica tiene varios factores determinantes. Uno es la naturaleza de la regresión, que a su vez está determinada por el carácter, la estructura del yo y la dolencia del paciente; otro es la respuesta que el analista da a su paciente, en proceso de regresión o en estado de regresión, incitado por su técnica, esto es, por su contratransferencia. Como lo dijimos en el capítulo 16, si el analista sigue concienzudamente las instrucciones clásicas de Freud, es im-

probable que se vea expuesto a estas peligrosas situaciones; pero el precio que debe pagar por esto probablemente sea una serie de análisis interrumpidos de pacientes que quizá podrían haber sido ayudados por una técnica más elástica. No toda regresión termina de manera trágica y cuanto más restrinjamos la gama de nuestras respuestas tanto más reduciremos nuestras posibilidades de aprender comparando nuestros casos de fracaso con nuestros casos terminados con éxito.

Otra consecuencia de tal técnica es una limitación de nuestra teoría. En el capítulo anterior señalé la circunstancia de que Freud y luego casi todos los autores de la bibliografía analítica trataron la regresión como un hecho intrapsíquico, como un fenómeno perteneciente al campo de la psicología unipersonal. Esta simplificación es válida sólo en la medida en que el analista limite su estudio a casos de regresión en los cuales la respuesta del ambiente sea desdeñable o esté regida por las instrucciones de Freud. Si estas restricciones no se consideran absolutamente obligatorias, la regresión se manifiesta como un fenómeno perteneciente al campo de la psicología bipersonal, fenómeno determinado por la interacción de sujeto y objeto, es decir, de paciente y analista.

En las observaciones clínicas comprobamos que, en algunos pacientes, la regresión lleva a esas situaciones precarias o trágicas; con otros pacientes, toda la atmósfera es enteramente diferente. Con ellos —como dije al comienzo de este capítulo— sólo se da un período de regresión que viene a ser un nuevo comienzo real; con algunos otros se dan unos pocos períodos de esta clase. Con otros pacientes, como en el caso de Anna O., este tipo de experiencias parecía ser interminable. Se formaba una especie de espiral viciosa; apenas quedaba satisfecho alguno de los "anhelos" del paciente, aparecían nuevos anhelos o "necesidades" que exigían ser satisfechos, situación que eventualmente terminaba en estados semejantes a los de la adicción (Balint, M., 1934, 1937, 1952). Para diferenciar estos dos tipos clínicos, podríamos hablar de forma benigna de regresión y de forma maligna de regresión.

Por supuesto, mi primera idea consistía en que los pacientes con la forma maligna de regresión eran aquellos en quienes había una seria desproporción entre la fuerza de sus instintos y la fuerza de su yo; o bien los instintos eran demasiado fuertes aun para un yo normal o bien el yo de esos

pacientes era tan débil que no podía hacer frente a la fuerza normal de los instintos. Si mi teoría era correcta —así discurría yo—, la naturaleza maligna de la regresión se manifestaría en síntomas sumamente ruidosos, como los que puede esperar uno de un niño malcriado o de un adulto severamente psicópata. Sin embargo, esta predicción resultó correcta sólo de manera limitada, de suerte que tuve que buscar otros criterios diagnósticos.

Existe todavía otra diferencia fundamental. En algunos tipos de regresión o —nuevo comienzo— el objetivo del paciente es aparentemente lograr la gratificación. El deseo de obtenerla es tan intenso que eclipsa todo lo demás en la situación analítica. Creo que fue esta intensidad lo que sugirió a Freud el término "anhelo". Aunque la forma de gratificación exigida por el paciente era en general pregenital, la gran intensidad de la demanda no podía dejar de despertar sospechas; en algunos casos, aunque no en todos, el análisis ulterior demostró que esas sospechas eran más o menos correctas; la alta intensidad se reveló como un signo de la naturaleza genital y orgástica de tales deseos. Este es un importante punto que volveremos a considerar al fin del capítulo.

Además, como ya dije, estas regresiones se producen siempre dentro de la situación analítica, es decir, en una relación objetal. En consecuencia, la gratificación esperada o pedida por el paciente nunca es autoerótica sino que debe proceder del ambiente, lo cual significa que debe iniciarse con un hecho del mundo exterior, un hecho en el que el analista, lo quiera o no lo quiera, participa profundamente. En realidad, depende del consentimiento pasivo o de la participación activa del analista —esto es, de su decisión— que las expectaciones o "necesidades" del paciente queden gratificadas o frustradas. Ahora bien, hay otro tipo de regresión, el verdadero nuevo comienzo, que igualmente depende de la profunda participación del analista; pero en este tipo de regresión el acento no carga tanto sobre el esperado cambio en el mundo exterior; aunque la participación del mundo exterior (la participación del analista) es esencial, el hecho que importa ocurre en el paciente mismo.

Para ilustrar este último tipo, citaré otro de mis casos que ya fue expuesto en otro lugar (Balint, M., 1960). "El paciente, que se hallaba sometido a análisis desde hacía alrededor de dos años permaneció silencioso, desde el comienzo mismo de la sesión, durante más de treinta minu-

tos; el analista aceptó la situación y, dándose cuenta de lo que posiblemente ocurría, aguardó sin hacer ningún intento de intervenir; en realidad, ni siquiera se sentía incómodo ni presionado para hacer algo. Debería agregar que en ese tratamiento los momentos de silencio ya habían sobrevenido en varias ocasiones anteriores, de manera que el paciente y el analista tenían cierto entrenamiento para tolerarlos. Por fin, el silencio quedó roto por el paciente que comenzó a sollozar; aliviado pudo luego hablar. Dijo al analista que por fin había sido capaz de llegar a sí mismo; nunca, desde su niñez lo habían dejado solo y tranquilo; siempre había habido alguien que le decía lo que tenía que hacer. Algunas sesiones después, el paciente declaró que durante aquel momento de silencio había tenido toda clase de asociaciones pero que las había rechazado una a una por considerarlas carentes de importancia, nada más que como un molesto fastidio superficial".

Para evitar malentendidos, repetiré aquí mis ideas sobre la necesidad de clarificar nuestra terminología relativa a este complejo campo. Espero que todos estén de acuerdo en que el episodio aquí consignado corresponde a lo que llamamos transferencia y constituye un ejemplo de exoactuación. Asimismo, creo que no se discutirá que lo que ocurrió en ese episodio equivalía al surgimiento de una forma primitiva de conducta después de haberse establecido formas más maduras de conducta. Tal vez con alguna resistencia, según creo, se admita que la técnica adoptada ayudó al paciente a lograr una mejor integración al eliminarse algunas de sus inhibiciones o hasta represiones. Pero, ¿puede llamarse a este episodio una regresión o una repetición? Responderé aquí de la misma manera que en el caso anterior del salto mortal: lógicamente no puede llamarse a eso regresión o repetición. Uno puede repetir algo sólo si ese algo existió por lo menos una vez antes; y en general el mismo razonamiento es válido en el caso de la regresión. En lugar de usar estos dos equívocos términos, yo llamaría a este episodio un "nuevo comienzo" o un nuevo descubrimiento que lleva a establecer una relación diferente, más satisfactoria, con un objeto importante. En este aspecto, el episodio se parece mucho al del salto mortal. La diferencia está en la falta de toda acción y por eso, de toda gratificación instintual obvia, como estaba presente en el caso anterior.

Pero expresemos esta importante diferencia de otra manera: nada ocurrió en el mundo exterior; que permaneció

sereno y quieto y dejó al paciente en paz. Esta circunstancia permitió al paciente adentrarse en su vida interior y reconocer que algunas de sus maneras habituales y automáticas de experimentar el mundo exterior y de relacionarse con él eran —en todo caso en esta particular situación— innecesarias, infundadas e inútiles. Este descubrimiento lo llevó a un nuevo comienzo. En lugar de las antiguas formas automáticas de relación, el paciente puede ahora iniciar algo nuevo y diferente que lo lleve a establecer relaciones más satisfactorias con sus objetos importantes.

Por otro lado, a causa de la ausencia de acción (la cual podía ser comprendida y luego interpretada), se exigía más de la técnica del analista en este caso que en el del salto mortal. El analista tenía que comprender, sin mediar palabras, lo que el paciente esperaba de él y estar a tono con esas expectaciones, es decir, acordarle al paciente sin reservas y sin usar palabras la forma de relación objetal que aquél necesitaba. Agregaré que en otros aspectos este caso también se ajusta al tipo. Si el paciente es comprendido y queda satisfecho, se muestra agradecido, mejora y entrega a su analista un material sumamente interesante; si no fue comprendido ni gratificado, sobrevendrán más "sordos" sufrimientos y hasta desesperación. Por otro lado, si el analista hubiera interpretado el silencio del paciente como un síntoma de resistencia o como un caso de exoactuación (interpretaciones correctas, por lo demás), se habría sentido inducido a decir al paciente lo que éste debería hacer y no habría hecho sino obrar en connivencia con su paciente en la exoactuación, sin que tuviera muchas posibilidades de reconocer alguna vez que eso era lo que estaba haciendo.

Aunque en muchos aspectos mis dos casos de regresión benigna o nuevo comienzo y el caso maligno de Anna O. son semejantes, hay una importante diferencia, que según creo está bien ilustrada por el material clínico. En un caso, la regresión apunta a una gratificación de anhelos instintuales; lo que el paciente busca es un hecho exterior, un acto realizado por su objeto. En la otra forma de regresión, lo que el paciente espera no es tanto una gratificación en virtud de un acto exterior; lo que espera es un tácito consentimiento para usar el mundo exterior de una manera que le permita ponerse en contacto con sus problemas internos, situación expresada por mi paciente como "ser capaz de llegar a sí mismo". Aunque la participación del mundo exterior (la participación del objeto) es esencial, ella es com-

pletamente diferente por su naturaleza; la forma principal de esta participación que espera el paciente (independientemente de no interferir en la vida interna del paciente ni causar en ella innecesarias perturbaciones —dos aspectos importantes—) es el reconocimiento de la existencia de la vida interna y de la individualidad única del paciente. Para distinguir estos dos tipos de regresión propongo que se llame al primero "regresión que apunta a la gratificación" y al segundo "regresión que apunta al reconocimiento". Estoy seguro de que las dos frases son inexactas y algún tanto torpes, pero no se me ocurrió ninguna otra expresión mejor.

Estas observaciones presentan un interesante paralelo con la serie de observaciones, o quizás sería más correcto decir inferencia, sobre los objetos primarios o substancias primarias (véase el capítulo 12). La gratificación por obra de hechos o acciones del mundo exterior presupone un mundo formado o bien por objetos ya totales o por objetos parciales bien desarrollados, lo cual significa que la regresión del paciente no puede haber ido mucho más allá del nivel narcisista, fálico, preedípico. La bibliografía contiene muchos y excelentes informes sobre la índole apasionada de deseos, fantasías y comportamientos instintuales de niños pertenecientes a esos períodos tempranos, especialmente, de niños que estuvieron antes sometidos a experiencias traumáticas, que —inmediatamente o posteriormente— determinaron graves trastornos neuróticos, como la inmensa dificultad que encontramos en satisfacer los anhelos de niños que sufren de estos apasionados deseos o apasionadas "necesidades", la tendencia de esos niños a presentar estados semejantes a los de la adicción, como la masturbación compulsiva, su gran proclividad a la seducción sexual y, por último aunque no menos importante, su disposición a desarrollar tipos de exoactuación de estados histéricos. Ya dije que en el caso de algunos pacientes yo dudaba de lo genuino de su nuevo comienzo, precisamente a causa de la naturaleza excesivamente apasionada de sus demandas. Agregaré aquí que todos esos pacientes eran de la clase a que acabo de referirme.

El otro tipo de regresión, la que apunta al reconocimiento, presupone un ambiente que consienta en sostener y llevar al paciente, así como la tierra o el agua sostiene o lleva a un hombre que confía su peso a esos elementos. A diferencia de lo que ocurre con los objetos corrientes, especialmente con los objetos humanos corrientes, el individuo no

espera ninguna acción de estas substancias u objetos primarios. Sin embargo, ellos deben estar allí y consentir —tácita o explícitamente— en ser usados, de otra manera el paciente no puede experimentar ningún cambio; sin el agua es imposible nadar, sin la tierra es imposible andar. La substancia, el analista, no debe ofrecer resistencia, debe consentir en que se lo use, no debe permitir que se produzcan excesivas fricciones, debe aceptar y llevar al paciente durante un tiempo, debe demostrar que es más o menos indestructible, no debe insistir en mantener fronteras rígidas, sino que ha de permitir el desarrollo de una especie de interpenetración entre el paciente y él mismo.

Todo esto significa consentimiento y participación, pero *no* necesariamente acción, sólo comprensión y tolerancia; lo que realmente importa es crear y mantener condiciones en las cuales puedan producirse ciertos hechos internamente, en la psique del paciente.

La expresión simbólica de esta primitiva relación *arglos* en la situación analítica es a menudo alguna clase de contacto físico con el analista; la forma más frecuente es asir la mano del analista, uno de sus dedos o tocar su silla, etc. Ese contacto es claramente voluptuoso y en algunas ocasiones puede tener una alta carga afectiva; siempre es vitalmente importante en el progreso del tratamiento; de esta manera el paciente puede avanzar sin sentirse abandonado, perdido, impedido de llevar a cabo posibles cambios, incapaz de movimiento. A pesar de todo esto, la experiencia en los casos de "regresión que apunta al reconocimiento" nunca presenta los rasgos de desesperación y pasión que caracterizan la experiencia de los pacientes en la otra forma de regresión, la que apunta a la gratificación, o en la forma que encontramos en los casos de histeria aguda. Me inclino a pensar que las formas desesperadas de aferrarse a algo, que encontramos tan a menudo en el tratamiento de estas últimas dolencias, indica una regresión tan sólo a la fase de objetos parciales, en tanto que una ansiedad intensa parece obstruir el camino que conduce al desarrollo de una atmósfera *arglos* de confianza mutua, que es esencial para que se dé un verdadero nuevo comienzo. Las relaciones con objetos parciales son aparentemente afines en su origen, y posiblemente hasta por su naturaleza, a las ansiedades persecutorias; el aferrarse apasionadamente a algo es una expresión de esa relación y, al mismo tiempo, una defensa contra su ansiedad concomitante. Esto presenta un agudo contraste

con la mitigada necesidad de contactos físicos observada en el período de un verdadero comienzo.

Por supuesto, en la vida nada es sencillo ni está claramente definido. En la mayoría de los casos de regresión terapéutica, lo que el analista logra ver es una mezcla de todos estos rasgos, con predominio de una o algunas características. Así y todo y según mi experiencia, parece existir una tendencia definida a que ciertos rasgos se den juntos, lo cual da la impresión de que existen dos esferas no muy claramente definidas de asociaciones, de alguna manera dos síndromes clínicos que propongo llamar grupo A y grupo B.

Los más de los casos pertenecientes al grupo A, la forma benigna de regresión, presentan los siguientes rasgos clínicos:

1. No mucha dificultad para establecer una relación simple, *arglos*, de confianza mutua, que recuerda la relación primaria con substancias primarias;
2. Una regresión que lleva a un verdadero nuevo comienzo y que culmina en un verdadero nuevo descubrimiento;
3. La regresión se produce con miras al reconocimiento, especialmente de los problemas internos del paciente;
4. La intensidad de las demandas, expectaciones o "necesidades" es sólo moderada;
5. Ausencia de signos de histeria aguda en la sintomatología clínica y ausencia de elementos genitales orgásticos en la transferencia regresiva.

En cambio, la mayor parte de los casos pertenecientes al grupo B, la forma maligna de regresión, presenta el cuadro siguiente:

1. Como la relación de confianza mutua es sumamente precaria y poco equilibrada, la cándida atmósfera *arglos* se desvanece repetidamente y con frecuencia aparecen síntomas de desesperado aferrarse a algo, como salvaguardias contra otro posible desvanecimiento de la atmósfera;
2. Una forma maligna de regresión, varios intentos infructuosos de llegar a un nuevo comienzo, la constante amenaza de caer en una interminable espiral de demandas o necesidades y estados semejantes a los de la adicción;
3. La regresión tiende a la gratificación por obra de acciones exteriores;

4. Gran intensidad de las demandas, las expectaciones o las "necesidades";
5. Signos de histeria aguda en el cuadro clínico y elementos genitales orgásticos tanto en la forma normal como en la forma regresiva de la transferencia.

Estas abstracciones se basan en experiencias clínicas bien atestiguadas, salvo una de ellas que no está tan firmemente fundada como las demás, aunque creo que con el tiempo y con nuevas experiencias quedará también demostrada. Tengo la impresión de que la regresión maligna y la regresión que apunta a la gratificación por actos del mundo exterior se encuentran, por lo general, en pacientes que padecen de una forma bastante aguda de histeria o de trastornos de carácter histérico, pacientes que se las arreglaron para obtener una buena medida de beneficio secundario de su enfermedad y también de su tratamiento. No me resulta claro por qué esto tenga que ser así, pero creo que debe consignarse que en mi material clínico esta asociación se dio en varios casos. En la Parte V volveré a ocuparme de este problema.

Pero antes de proseguir, quisiera hacer un breve resumen de lo que sabemos teóricamente sobre la regresión. Siguiendo a Freud, concebimos la regresión como un proceso que consiste en una inversión de la dirección normal, "progresiva", de los fenómenos que ocurren en el aparato mental. La causa de la regresión puede ser algo que obstruya la marcha del proceso en la dirección normal. Por lo general, en el nivel edípico es un conflicto. El efecto o el resultado de la regresión es el surgimiento de algo "primitivo" o "simple"; en algunos casos, ciertamente no todos, ese algo pertenece al ámbito de la falta básica. Clínicamente ese algo puede manifestarse: a) como una forma especial de gratificación instintual, por ejemplo, una alucinación o un sueño; b) como una forma específica de conducta, por ejemplo, la transferencia regresiva al servicio de la resistencia; y c) como repetición, el ejemplo más importante de lo que es la transferencia en general.

Según aprendimos de Freud, la regresión puede tener cuatro funciones o papeles: a) como mecanismo de defensa, b) como factor en la patogénesis, c) como forma específica de resistencia y por último d) como una importante aliada terapéutica. Es curioso que un aspecto de la regresión haya sido hecho a un lado por Freud y que siguieran su

ejemplo casi todos los teóricos del psicoanálisis; me refiero al papel de la regresión en las relaciones objetales. La razón de esta omisión es la de que se estudió la regresión sólo dentro de los límites de la psicología unipersonal. Las dos notables excepciones a esta regla fueron: a) la regresión como aliada terapéutica, que Freud mencionó sólo una vez y muy brevemente y b) la regresión como una forma específica de transferencia al servicio de la resistencia, que fue descrita sólo en sus aspectos negativos y amenazadores y considerada como un grave obstáculo y seria advertencia.

En las Partes III y IV traté de mostrar que la regresión es no sólo un fenómeno intrapsíquico sino también un fenómeno interpersonal, pues sus aspectos interpersonales y su utilidad terapéutica son decisivos. A fin de comprender la plena significación de la regresión y tratarla en la situación analítica, es importante tener presente que la forma en que se expresa la regresión depende sólo en parte del paciente, de su personalidad y de su enfermedad, porque en parte depende también del objeto (el analista); en consecuencia, esa forma debe considerarse como *un* síntoma de la interacción entre el paciente y su analista. Esa interacción tiene por lo menos tres aspectos: a) la manera en que la regresión es reconocida por el objeto, b) la manera en que es aceptada por el objeto, y c) la manera en que el objeto responde a ella. Según vimos en los capítulos 20-22, lo que se espera del objeto, del analista, es que responda de una manera que recuerde a las substancias primarias, es decir, que permita al paciente establecer con él una forma de relación primaria o de amor objetal primario. En la Parte V examinaremos lo que esto significa desde el punto de vista de la técnica psicoanalítica.

Capitulo 23

EL DESACUERDO DE FREUD Y FERENCZI Y SUS REPERCUSIONES

Volvamos a considerar ahora el histórico desacuerdo de Freud y Ferenczi, al que ya aludimos al final del capítulo 19. El problema técnico de cómo responder a un paciente que se encontraba en estado de regresión y que había desarrollado una intensa transferencia fue quizá la causa principal de este trágico desacuerdo. Su impacto fue tan penoso que la primera reacción del movimiento analítico consistió en negarlo y en guardar silencio, silencio roto sólo en años recientes, después de haber sido publicadas toda clase de falsedades sobre Freud y Ferenczi: se dijo que Freud era un inhumano autócrata, un dictador (Fromm, 1963) y que Ferenczi era un vil, cobarde intrigante (Jones, 1957). Por supuesto que todas estas monstruosidades eran completamente falsas; lo que ellas muestran es la diferencia entre la grandeza de las víctimas y la pequeñez de sus calumniadores.

Las experiencias clínicas tratadas en esta Parte pueden ofrecernos ciertas claves para comprender la probable índole del desacuerdo. Creo que en sus primeros años de psicoterapia Freud tropezó casi exclusivamente con casos de regresión maligna y que esas experiencias dejaron en él una impresión profunda. Ferenczi, por el contrario, obtuvo algunos notables éxitos con unos pocos casos benignos de regresión, así como experimentó también algunos fracasos con casos malignos de regresión, pero quedó tan impresionado por el éxito alcanzado en aquéllos, que su conocido

entusiasmo lo llevó a formular una generalización mal fundada. ¿Encuentran apoyo en la bibliografía estas suposiciones mías algún tanto audaces? Sostengo que una serie de pasajes de los escritos de Freud y Ferenczi señalan que no estoy descaminado en mis suposiciones.

La primera experiencia que tuvo Freud con una regresión maligna fue el tratamiento de Anna O. por Breuer; en aquella época Freud y Breuer ya eran amigos; por las cartas de Freud a su novia, publicadas por Jones (1953), sabemos que Breuer discutía las preocupaciones que le causaba la pronunciada regresión de su paciente con su joven amigo —Freud tenía entonces veintisiete años— y sabemos también que Freud no aprobaba del todo el enfoque de Breuer. También estamos enterados de las desagradables experiencias posteriores que tuvo Freud con manifestaciones groseramente sexuales de pacientes en el momento en que salían del estado hipnótico, experiencias mencionadas en su *Estudio autobiográfico* (1925, pág. 27); y por último, y quizá sea esto lo más importante, sabemos que sus pacientes histéricos lo llevaron a creer que en la niñez habían sido realmente víctimas de seducción sexual, es decir, que habían sufrido un "trauma sexual pasivo". Tal vez valga la pena recordar que en su artículo "La etiología de la histeria" (1896) Freud afirmaba claramente que esa teoría se basaba ahora en *dieciocho casos plenamente analizados*, por cierto, todos casos de histeria. Sabemos asimismo que el hechizo de esta idea se rompió sólo cuando Freud llevó a cabo su autoanálisis.[1] Es comprensible que Freud llamara "anhelos" a las expectaciones de estos pacientes, lo cual sugiere que ya reconocía en aquella época el peligro de estados semejantes a los de la adicción.

En el capítulo 19 me ocupé bastante extensamente del lento desarrollo de la idea de regresión y señalé que con el

[1] No sabemos, desde luego, si hubo alguna conexión causal entre los dos hechos, pero las conexiones cronológicas saltan a la vista. Antes de su autoanálisis Freud creía firmemente en la realidad de las escenas de seducción; después de su autoanálisis creyó con igual firmeza que la seducción ocurría tan sólo en la fantasía de los niños. Además, sabemos que comenzó el autoanálisis en el verano de 1897 y que quizá a fines de ese verano ya lo hubiera terminado; lo cierto es que en septiembre de aquel año, en una carta dirigida a Fliess, Freud expuso las razones por las cuales debía abandonar la idea sobre la realidad de los traumas sexuales infantiles; entre los escritos de Freud esa carta es una notabilísima obra maestra de argumentación.

correr de los años los aspectos negativos de la regresión fueron predominando cada vez más en los escritos de Freud, lo cual explica su actitud de extremada cautela. *Pari passu* con ese lento desarrollo, la función terapéutica de la regresión pasaba a segundo plano y hasta podríamos decir que quedó olvidada.

No debe asombrarnos, pues, que cuando Freud vio que Ferenczi, por quien sentía tanto afecto y a quien tenía en tan alta estima, se estaba extraviando en el mismo pantano del que él (Freud) sólo había logrado escapar con un supremo esfuerzo, se sintiera alarmado, adoptara una actitud crítica y se mostrara —lo cual realmente es raro en Freud— bastante insensible. Veía, clara y correctamente, los peligros que corría Ferenczi, pero no reconocía ni apreciaba las posibilidades de un nuevo e importante desenvolvimiento en nuestra técnica y en nuestra teoría.

Ferenczi, cuyo impetuoso optimismo y pronto entusiasmo por cualquier nueva idea hube de señalar en varias ocasiones (Balint, M., 1933, 1948), incurrió en su habitual error de pasar por alto todas las señales de advertencia que le daban sus fracasos y de sobrevalorar sus éxitos. Estaba tan impresionado por los resultados de su nueva técnica que llegó a la conclusión de que si un paciente estaba dispuesto a acudir regularmente al análisis, el analista no podía dejar de encontrar técnicas para ayudarlo. Confiando sinceramente en este principio llegó a extremos realmente increíbles en cuanto a satisfacer las expectaciones de sus pacientes (véase en el capítulo 18). Ferenczi resumió la esencia de sus nuevos experimentos llamando a su técnica "el principio del relajamiento" (1930). Esta designación era una asociación natural, puesto que la nueva idea técnica, a diferencia de la técnica activa, tendía a evitar todo aumento innecesario de tensión. Ferenczi pensaba que responder positivamente a las expectaciones, demandas o necesidades del paciente (ahora que había aprendido a comprenderlas en su verdadera significación) podría modificar la situación inanimada y estancada de un análisis prolongado, de suerte que fuera posible llevar a cabo un trabajo analítico fructífero que condujera a una pronta terminación. Pero esto significaba abandonar el principio de la abstinencia.

Los resultados inmediatos de este enfoque técnico fueron alentadores. Los pacientes de Ferenczi —la mayor parte de los cuales ya habían pasado más de diez años con otros analistas— volvieron de nuevo a la vida, su estado general mejo-

ró y permitieron a Ferenczi hacer dos importantes descubrimientos. Uno era el inmenso efecto que tienen las actitudes "habituales" o "clásicas" del analista en el desarrollo de la relación transferencial y en el curso del tratamiento analítico; el otro descubrimiento se refería a las posibilidades técnicas de la interpretación de la constratransferencia (Ferenczi, 1932 y sus notas póstumas).

Todo esto no significa que Ferenczi no advirtiera los problemas causados por sus innovaciones técnicas; de sus notas y artículos publicados póstumamente surge con claridad que los advirtió; pero honestamente creía que sus descubrimientos equivalían a un importante progreso en la técnica analítica. Para él, lo que siempre fue un penosísimo problema, al que hubo de volver una y otra vez, fue el de no comprender por qué Freud no podía ver la importancia de estas nuevas ideas. Estoy seguro de que el sentimiento de no ser comprendido por Freud le impidió –después de todo Freud había sido su maestro analista– por algún tiempo darse cuenta de que la incuestionable mejoría que presentaban algunos de sus pacientes duraría sólo mientras él mismo fuera capaz de satisfacer los anhelos de esos pacientes; Ferenczi fue dándose cuenta de esto sólo gradualmente y hacia fines de 1932 y comienzos de 1933, cuando a causa de su creciente debilidad física debió abandonar su práctica analítica. Algunos de sus pacientes reaccionaron con confusa desesperación, otros con amargo resentimiento y en general se registró un deterioro en su estado. Aunque éste fue un golpe muy severo para su orgullo científico, Ferenczi lo aceptó plenamente, habló bastante sobre los posibles errores cometidos en el pasado reciente y declaró que si llegaba a mejorar su estado de salud lo comenzaría todo de nuevo desde el principio; también expresó la esperanza de que sus experimentos y errores sirvieran a futuras generaciones como importantes postes indicadores y señales de advertencia.

Con todo eso, dudo mucho de que Ferenczi haya llegado a diferenciar los varios tipos de regresión que describimos en el capítulo 22. Yo mismo llegué a este diagnóstico diferencial sólo durante los últimos quince años aproximadamente, y quisiera dejar consignado que recibí el primer estímulo que me llevó a él del hecho de permanecer en contacto con una serie de pacientes del último grupo de Ferenczi, de seguir su evolución y especialmente las maneras en que hablaban de sus experiencias mientras estaban en tratamiento con Ferenczi y de sus experiencias posteriores.

El trágico desacuerdo de Freud y Ferenczi, que resultó tan doloroso para ambos y que retrasó considerablemente el desarrollo de nuestra técnica analítica, resulta ahora más claro, según espero. Ferenczi, a causa de su propia incertidumbre, no podía aprovechar las críticas bien intencionadas y bien fundadas de Freud; en ellas sólo veía falta de comprensión. Freud, por su parte, se encontraba todavía bajo la influencia de sus decepcionantes experiencias de la década de 1890 y para él los experimentos de Ferenczi no hacían sino confirmar la validez de su actitud cautelosa. Los caracteres de los dos hombres, aunque muy diferentes en su apariencia superficial, tenían muchas raíces comunes a ambos. Como ocurrió en muchas amistades históricas trágicas, esas raíces comunes ejercieron primero una poderosa atracción y durante muchos años constituyeron la base de una íntima y feliz amistad, pero condujeron irresistiblemente a un desdichado fin; en última instancia, todos salieron perdiendo, incluso nosotros los psicoanalistas.

El acontecimiento histórico del desacuerdo de Freud y Ferenczi llegó a constituir un trauma en el mundo psicoanalítico. Ya se pensara que un consumado maestro de la técnica psicoanalítica como Ferenczi, el autor de una serie de artículos clásicos del psicoanálisis, estuviera enceguecido hasta el punto de que ni siquiera las repetidas advertencias de Freud le hacían reconocer sus errores, ya se pensara que Freud y Ferenczi, los dos psicoanalistas más prominentes, no eran capaces de comprender ni evaluar adecuadamente sus respectivas conclusiones y observaciones clínicas ni sus ideas teóricas, lo cierto fue que el incidente resultó en extremo perturbador y en extremo penoso. La primera reacción del mundo analítico fue dar un espantado paso hacia atrás. Por tácito consenso, se declaró que la regresión durante el tratamiento analítico era un síntoma peligroso y se pasó casi completamente por alto, o se lo ignoró del todo, su valor como aliada terapéutica. Esta fue la actitud que caracterizó especialmente a lo que podríamos llamar el centro masivo "clásico" del psicoanálisis.

Para la mayoría de los analistas pertenecientes a este grupo, la regresión presentaba sólo los aspectos amenazadores y negativos que tratamos en el capítulo 19: tratábase de un mecanismo defensivo difícil de abordar, era un importante factor patógeno y una formidable forma de resistencia. Su función como aliada terapéutica prácticamente desapareció de las consideraciones de esos analistas. Por consi-

guiente, si durante un tratamiento se manifestaban fenómenos de naturaleza regresiva, se los consideraba, ya como síntomas indeseables causados por una técnica cuestionable, ya como indicaciones de un trastorno tan profundo en el paciente que todo pronóstico resultaba dudoso. Parece que la medida más frecuentemente adoptada en semejantes casos era intentar sacar lo más rápidamente posible al paciente de su regresión y luego terminar el tratamiento con un resultado parcial aceptable. En todo caso, éste es el cuadro que surge del panel sobre "Aspectos técnicos de la regresión durante el psicoanálisis" desarrollado en la reunión del invierno de 1957 de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana. Dicho sea de paso, paralelamente con el panel sobre la regresión se celebró otro panel sobre "Aspectos técnicos de la transferencia". Al comparar las listas de los participantes en los dos paneles, es fácil determinar qué analistas pertenecen al centro masivo "clásico" y quiénes se sitúan tan sólo en la periferia.

La única idea nueva y verdaderamente fructífera que nació en ese grupo es la de Ernst Kris quien, durante su investigación de la creatividad artística, llegó a distinguir dos formas de regresión. En una forma "el yo es abrumado por la regresión"; en la otra forma "la regresión está al servicio del yo". Esta última forma, según Kris, es sólo un caso especial de la capacidad más general que tiene un yo bien integrado de regular y controlar algunos de los procesos primarios. Esta idea fue formulada por primera vez en 1935, pero Kris volvió a ella en varios de sus artículos posteriores. Incuestionablemente esta distinción tiene mucho en común con mis dos grupos; la regresión maligna y la regresión que apunta a la gratificación son conceptos que se aproximan mucho a la regresión que abruma al yo; igualmente, si bien con algún esfuerzo, puede uno percibir cierta similitud entre la regresión al servicio del yo y la regresión que apunta a obtener reconocimiento. La principal razón que se opone a que nuestros conceptos se identifiquen es lo que he llamado (Balint, M., 1949) nuestras diferentes tendencias personales. A Kris le interesaba la creatividad artística, es decir, la sublimación, que corresponde al campo de la psicología unipersonal. Esta diferencia fue muy bien expresada por Peter Knapp en el panel sobre "Criterios de analizabilidad". Después de señalar que "la regresión al servicio del yo" es capaz de explicar lo que ocurre en un individuo durante la creación artística, pero es incapaz de describir y

explicar lo que ocurre durante el tratamiento analítico, el autor continuaba diciendo: "Para que un psicoanálisis sea posible, una capacidad adicional debe complementar la regresión puesta al servicio del yo, esto es, la 'regresión a requerimiento de un objeto' " (Knapp, 1959).

Esta observación tiene que haber sido revolucionaria y era muy probable que se tendiera a acallarla. En todo caso, y en la medida en que me fue posible comprobarlo, ella no despertó ningún eco en la bibliografía. Ni siquiera un pensador tan original como Bertram Lewin pudo liberarse completamente de las ideas de Kris en su conferencia sobre Freud titulada "Los sueños y los usos de la regresión" (1958). Tampoco se vieron libres de ellas terapeutas tan poco ortodoxos como Gill y Brenman (Gill y Brenman, 1959).

Los otros analistas pertenecientes a este grupo no se aventuran a ir tan lejos; continúan, en cambio, repitiendo fielmente y monótonamente las eternas conexiones entre fijación y regresión, ya descritas por Freud en su *Introducción al psicoanálisis*. Para demostrarlo puedo citar entre muchos otros a Phyllis Greenacre ("Regresión y fijación", 1960), Jacob Arlow ("Conflicto, regresión y formación de síntomas", 1963) y Jeanne Lampl-de Groot ("Formación de síntomas y formación del carácter", 1963).

El panorama general deja, pues, una impresión de desolación y estancamiento. Con todo eso, en años recientes unos pocos analistas, muy pocos en verdad, se interesaron por el problema de la regresión terapéutica. Uno de ellos fue Alexander (1956), que propuso distinguir dos tipos de regresión: la regresión al trauma y la regresión a la satisfactoria situación pretraumática. Es muy probable que haya muchos paralelos entre los dos tipos de regresión de Alexander y los míos. Luego está la interesante investigación llevada a cabo en Chestnut Lodge con pacientes en agudo estado de regresión, cuyos resultados más importantes fueron publicados por Searles (por ejemplo en 1961, 1963). Y por último, en Londres tenemos a Winnicott, que estudió la regresión en el marco analítico durante muchos años; sus artículos originales diseminados en muchas partes fueron reunidos en dos volúmenes (1958 y 1965). Bajo la influencia de Winnicott varios analistas, entre ellos Little (1957) y Khan (1960, 1962), han llegado a interesarse en este campo de estudios.

Y eso es aproximadamente todo lo que hay. Estos analis-

tas, entre los que me incluyo, pertenecen, no al centro masivo "clásico", sino al borde, a la periferia. Se nos conoce, se nos tolera, quizá hasta se nos lee, pero ciertamente no se nos cita. Buena ilustración de lo que digo es el libro de Gill y Brenman (1959). Aunque uno de los temas principales del libro es el uso terapéutico de la regresión y aunque el libro contiene una amplia bibliografía, no se menciona a ninguno de nosotros. Hay sin embargo signos de que este período está terminando. Aquel trágico desacuerdo se produjo en la primera parte de la década de 1930, bastante tiempo atrás. Eso significa que desde entonces se ha formado una nueva generación de analistas, y es lícito esperar que éstos sean capaces de reconsiderar ciertos principios y creencias que durante muchos años fueron tabú para un analista cabal. Uno de esos signos promisorios es el artículo de W. Loch (1963-64) titulado "Regresión".

En ese mismo año Anna Freud publicó un artículo, "La regresión como un principio del desarrollo mental" (1963), en el cual la autora destacaba también los aspectos benignos de la regresión, en lugar de ocuparse tan sólo de sus aspectos negativos. A esto siguió poco después otro panel de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana en su reunión de otoño, diciembre de 1965, sobre "Estados agudos regresivos durante el análisis". La situación había cambiado considerablemente desde el último panel de 1957. Aunque muchos de los participantes eran los mismos del panel de 1957, esta vez los grupos estaban más equilibrados. Podían percibirse aún algunos inequívocos signos de las viejas aprensiones, pero la atmósfera era completamente diferente. Se expusieron con muchos detalles varias historias clínicas que demostraban, no sólo que los estados agudamente regresivos pueden tolerarse en la situación analítica, sino también que algunos de ellos pueden usarse para impulsar el proceso del tratamiento analítico. En la discusión no se advirtieron signos de prejuicios o de ideas preconcebidas; cada participante estaba sinceramente interesado y ansioso de contribuir a la clarificación de un desconcertante problema.

Con todo, se impone hacer un comentario. Si bien unos pocos oradores —entre ellos el presidente del panel, John Frosch, y Martin Cang— trataron de dirigir la discusión hacia el papel del analista en cuanto a promover y hasta provocar la regresión y hacia las respuestas que el analista deba dar a ella, no lo consiguieron. La discusión permaneció dentro de los límites de la psicología unipersonal: el yo abrumado

por la regresión, la naturaleza del yo del paciente en que puede darse la regresión durante el tratamiento, las fuerzas psíquicas que determinan la regresión, los cambios que pueden sacar al paciente de la regresión, etc.

Lo que casi no se hizo fue considerar la regresión —en su estructura, su origen y su significación en el tratamiento— como una interacción entre un determinado paciente y un determinado analista, es decir, como un fenómeno perteneciente al campo de la psicología bipersonal, especialmente al ámbito de la psique que he llamado ámbito de la falta básica.

PARTE V

EL PACIENTE EN REGRESION Y SU ANALISTA

CAPITULO 24

LA REGRESION TERAPEUTICA, EL AMOR PRIMARIO Y LA FALTA BASICA

En la Parte anterior, comprobamos que la regresión, tal como se la observa en la situación analítica, puede tener por lo menos dos metas: la gratificación de un instinto o pulsión y el reconocimiento por parte de un objeto; en otras palabras, se trata de un fenómeno tanto intrapsíquico como interpersonal. También pasamos revista a claras indicaciones de que en la terapéutica analítica de estados de regresión los aspectos interpersonales eran más importantes.

El problema a que hemos llegado aquí podría designarse como "el poder curativo de la relación". Aunque por lo general no se lo ha formulado tan explícitamente, nos vemos obligados a reconocer que los dos factores más importantes en la terapéutica psicoanalítica son la interpretación y la relación objetal. Sin embargo, habría que tener en cuenta que en el caso de la relación objetal nos encontramos en un terreno relativamente inseguro, porque la teoría analítica sabe mucho menos sobre éste que sobre el de las interpretaciones.

Poseemos algunos conocimientos sistemáticos sobre los instintos o pulsiones y sobre sus vicisitudes, sobre la estructura de la psique y los varios mecanismos defensivos que obran en ella y también sobre el papel del conflicto en la psicopatología. Sobre estos tres pilares —la teoría de los instintos, la teoría de la estructura de la psique y la teoría de los efectos patógenos de los conflictos— Freud basó sus recomendaciones técnicas. El objeto de la técnica de Freud

consistía en hacer consciente lo inconsciente —o para decirlo, en una versión más moderna: donde estaba el ello, habrá de estar el yo—, y el instrumento para alcanzar ese objeto era casi exclusivamente la interpretación. Aunque ya en fecha tan temprana como 1912 y 1915, en sus dos artículos sobre la transferencia, Freud declaró que la transferencia, es decir, una relación objetal, puede tener considerables poderes curativos, evidentemente desconfiaba de esos poderes y nunca los consideró dignos de un estudio propiamente dicho. En consecuencia, llegó a aceptarse la interpretación como la medida técnica más importante.

Según traté de demostrarlo en la Parte IV, poner todo el énfasis en el trabajo interpretativo del analista equivalía tal vez a una ultrasimplificación. La interpretación daba buenos resultados mientras pudiéramos seleccionar a las personas que acudían en busca de ayuda analítica y eligiéramos a aquellas que podían adaptarse sin gran dificultad al marco analítico creado por nosotros de conformidad con los primeros artículos de Freud sobre la técnica (1911-15). Mientras aceptáramos ese marco como marco obligatorio para todos nosotros, bien podía considerarse que el trabajo del analista consistía casi exclusivamente en interpretaciones.

Pero si reconocemos que el marco analítico recomendado por Freud representa sólo uno de los muchos marcos posibles —es decir, que se trata de una especie de *primus inter pares*—, se nos impone una nueva tarea, que es la de encontrar otros marcos en los que pueda llevarse a cabo provechosamente el trabajo analítico con pacientes menos estrictamente seleccionados. Esta tarea es especialmente importante en el caso de los pacientes en regresión.

Para repetir lo que expusimos en los capítulos anteriores, recordemos que en ciertos períodos del tratamiento crear y mantener una relación viable, especialmente con un paciente en regresión, es tal vez una tarea más importante que la de dar interpretaciones correctas. Posiblemente Freud pensaba en algo por el estilo cuando escribió sobre los efectos terapéuticos de la transferencia. Pero, como ya dijimos, su interés se concentraba principalmente en los procesos intrapsíquicos que pueden tener efectos terapéuticos, de manera que no prestó gran atención a los fenómenos interpersonales ni a sus posibles efectos terapéuticos.

Pero, de todas maneras, las interpretaciones son necesariamente siempre verbales. Si bien uno de sus principales objetivos es ayudar al paciente a tener sentimientos, emo-

ciones y experiencias que antes era incapaz de tener, las interpretaciones exigen comprensión intelectual, pensamiento o una nueva "introvisión". Todas estas actividades tienen estrechas relaciones con "ver" o "afirmarse", es decir, con actividades filobáticas que puede realizar una persona sola por su cuenta. En cambio, una relación objetal es siempre una interacción entre por lo menos dos personas y las más de las veces esa relación se establece y se mantiene por medios no verbales. Es difícil hallar palabras para describir lo que se crea. Hablamos de conducta, de clima, de atmósfera, etc., pero todas estas palabras son vagas y nebulosas, pues se refieren a algo que no presenta límites firmes y nos recuerda las palabras que designan a las substancias primarias. A pesar de que las varias formas de relación objetal no pueden describirse con palabras concisas e inequívocas, a pesar de que la traducción en palabras de las varias relaciones objetales debe ser siempre subjetiva, arbitraria e inexacta, la "atmósfera", el "clima", está allí presente, se lo siente presente y ni siquiera se experimenta la necesidad de expresarlo en palabras, aunque éstas pueden ser a veces un importante factor que contribuye a crear y a mantener esa "atmósfera". A diferencia de la "introvisión", que es el resultado de una correcta interpretación, la formación de una relación adecuada da como resultado un "sentimiento"; mientras la "introvisión" tiene correlación con el acto de ver, "el sentimiento" tiene correlación con el contacto, es decir, con una relación primaria u ocnofilia.

Volvamos ahora a nuestro tema principal, la regresión, y recordemos que sus aspectos intrapsíquicos fueron los que permanecieron en el centro de interés de Freud durante toda su vida. Acaso una razón del relativo descuido que mostró por los otros aspectos fuera la de que en la época en que Freud describió las formas regresivas de la transferencia ya estaba prácticamente completada su teoría de los instintos; la tercera edición de sus *Tres ensayos sobre una teoría sexual* apareció en 1915, el mismo año en que Freud escribió su artículo "Observaciones sobre el amor de transferencia". Por otra parte, en aquella época se encontraba en sus comienzos mismos una teoría genética de la relación objetal.

Freud basó en su teoría de los instintos sus tan a menudo citadas recomendaciones terapéuticas de que el analista no debe responder positivamente a los "anhelos" de un paciente en regresión y menos aun satisfacerlos. La terapéutica analítica debía llevarse a cabo en el estado de "abstinencia",

"frustración" o "privación". En muchos aspectos, esta recomendación es correcta. Si el analista se limita a dar gratificación a los anhelos de su paciente en estado de regresión, su obrar no hará sino producir resultados transitorios. Como no se ha llegado siquiera a tocar la fuente de los anhelos, al cabo de un tiempo aparecerán nuevos anhelos que exigirán con igual vehemencia nuevas gratificaciones. Si entonces el analista, influido por el feliz estado de paz que siguió inmediatamente a su acción, es inducido a experimentar con otras gratificaciones, puede formarse una espiral viciosa sin fin, como suele comprobarse en los estados de regresión.

De manera que responder positivamente a los anhelos de un paciente en regresión, gratificándolos, muy probablemente sea un error técnico. Pero, por otro lado, responder a las necesidades que tenga un paciente de una forma determinada de relación objetal, más primitiva que la que se establece entre adultos, puede ser una legítima medida técnica que naturalmente nada tiene que ver con la regla de la "privación" o "abstinencia".

Pero si aceptamos esta idea abandonamos las fronteras de la teoría de los instintos o pulsiones, que pertenece a la esfera de la psicología unipersonal, y entramos en la esfera de la psicología bipersonal. Mientras, sobre la base de la primera, podemos sostener que tanto la forma como la profundidad de la regresión están determinadas únicamente por el paciente, su niñez, su carácter, la gravedad de su enfermedad, etc., etc., en la segunda debemos considerar la forma y la profundidad de la regresión como el resultado de una interacción entre el paciente y su analista. Si atendemos a las contribuciones del analista, es decir, al empleo que hace de su técnica, podemos afirmar que la aparición clínica de una regresión dependerá también de la manera en que el analista reconozca la regresión, de la manera en que la acepte y de la manera en que responda a ella.

Quizá la forma más importante de la respuesta del analista sea la interpretación; puede tener una influencia decisiva en el tratamiento el hecho de que el analista interprete un determinado fenómeno como una demanda de gratificación o como una necesidad que tiene el paciente de una determinada forma de relación objetal.

Suponiendo que el analista esté dispuesto a considerar la regresión como una solicitud o demanda o necesidad de una forma particular de relación objetal, la siguiente cuestión será la de saber hasta qué punto debe llegar en

esa dirección o, en otras palabras, qué clase de relación objetal debería ofrecer a su paciente en regresión o aceptar de éste. He aquí un importante problema técnico y, como ocurre con casi todos los problemas de la técnica psicoanalítica, presenta varios aspectos.

El primer aspecto tiene que ver con el terreno fronterizo entre la psicología unipersonal y la psicología bipersonal; podría caracterizárselo como un problema de diagnóstico diferencial. El analista debe ser capaz de reconocer qué formas de relación serán las adecuadas, o siquiera terapéuticas, en un determinado momento para su paciente en regresión. Para ello el analista no sólo debe aceptar que existen estas relaciones y que ellas pueden tener efectos terapéuticos sino que también debe conocer bastante sobre ellas para poder elegir aquella que ofrezca las mejores posibilidades terapéuticas.

Con esta cuestión entramos en un terreno controvertido. Algunos analistas creen firmemente que las únicas formas de relación objetal compatibles con una conveniente marcha de la terapéutica analítica son aquellas que permiten al analista conservar la actitud de objetividad pasiva descripta por Freud. Tengo la impresión de que esos analistas aún consideran que ése es un parámetro absoluto y que si un analista, por una razón cualquiera, lo abandona ya no puede llamarse psicoanálisis al tratamiento. Si esta impresión es correcta, síguese de ello que los tales analistas probablemente sostengan que el diagnóstico diferencial es innecesario o hasta que lleva a aplicar una técnica imperfecta y nociva. En la Parte III, especialmente en los capítulos 14 y 16, traté algunas de las consecuencias de esta actitud general.

A fin de evitar posibles malas interpretaciones, es importante tener en cuenta que dar a un paciente la interpretación de que éste estuvo siempre tratando de establecer una determinada relación genital, o bien pregenital, es algo completamente diferente de aceptar el hecho de que el paciente en ese estadio necesita cierta forma de relación objetal y de permitirle establecerla y mantenerla en la situación analítica. Con todo eso, en los casos de relaciones objetales, últimamente mejor conocidas, las interpretaciones tienen por lo general suficiente poder para iniciar y conservar un reajuste terapéutico con la realidad; en algunos casos, puede darse cierta "exoactuación", pero también ésta puede afrontarse con interpretaciones. La mayor parte de las relaciones objetales de esta clase pertenece a lo que llamé el ámbito

edípico, de manera que lo que ocurre en ellas puede expresarse bastante adecuadamente en el lenguaje adulto convencional. Las más importantes de esas formas son —en orden cronológicamente inverso—: la forma faliconarcisista con sus muchas variantes, como afirmación egoísta del sí-mismo, impulsos agresivos de castración, la forma sumisa, la forma masoquista, etc.; las muchas formas analsádicas con todas las ultracompensaciones y formaciones reactivas correspondientes, etcétera.

Para presentar un cuadro completo debo mencionar también las varias formas orales de relación objetal, resumidas hoy en la expresión "dependencia oral", que muchos analistas incluirían aquí como hecho obvio. Como, a mi juicio, la "dependencia oral" es un concepto equívoco, resumiré brevemente los argumentos que le opongo.

La relación que trata de designar la expresión "dependencia oral" *no* es una dependencia unilateral, sino que es una "interdependencia"; libidinalmente, la madre depende casi en la misma medida de su bebé en que éste depende de ella; aquí no se da una determinada satisfacción independientemente de la otra parte. Aunque los aspectos orales constituyen una parte importante de todo el fenómeno, hay también varios otros factores, y es difícil determinar con certeza cuál de ellos es el más importante. Por otro lado, el pecho de la madre, la contraparte de la boca del hijo, está hoy casi excluido de los actuales métodos de alimentar a los bebés, circunstancia que en la mayor parte de los casos no afecta seriamente la interdependencia recíproca que, para mí, es el factor decisivo en esta relación.

La interdependencia debería recordarnos que todo intento de describir esta relación valiéndonos de términos de la psicología unipersonal necesariamente será engañoso. Aunque esto es verdad hasta cierto punto en el caso de todas las relaciones, el efecto de la interdependencia disminuye en la misma proporción que la importancia de la cooperación de la otra parte. Un ejemplo instructivo es el dominio anal, cuya teoría es quizá la mejor desarrollada en psicoanálisis. Aquí la cooperación de la otra parte es mínima y en consecuencia la relación puede describirse apropiadamente con términos pertenecientes a la psicología unipersonal. Por otro lado, en el amor genital es esencial que un objeto indiferente a quien amamos sea cambiado por nosotros en una parte cooperativa. La relación entre un individuo y su objeto indiferente puede describirse bien con nuestra termino-

logía habitual, en tanto que la relación entre partes que cooperan mutuamente necesita una nueva terminología, perteneciente a la psicología bipersonal.

Otra importante dificultad es la de que todas las relaciones primitivas corresponden por lo general al período preverbal de desarrollo. Según vimos en la Parte I, los fenómenos de esta esfera no se prestan fácilmente a la descripción verbal. En la exposición que sigue debemos tener constantemente en cuenta estas dos dificultades: una debida a la intensa interdependencia de dos individuos y la segunda debida a la naturaleza primitiva de la relación, que es difícil expresar con las palabras convencionales y habituales.[1]

Después de apartar este obstáculo y las confusiones que él crea, podemos volver a considerar nuestro problema principal: ¿qué clase de relaciones objetales, primitivas y acaso preverbales, debería el analista aceptar de su paciente en regresión o bien ofrecer a éste?

En los capítulos anteriores, especialmente el 4, el 12, el 15 y el 22, describí en detalle las características de las tres formas principales observadas en mi práctica analítica. Estas formas eran: a) la más primitiva que llamé *amor primario* o relación primaria, una especie de armoniosa interpenetración del individuo en desarrollo y de sus substancias primarias u objetos primarios; b) y c) *ocnofilia* y *filobatismo*, que en cierto modo se oponen entre sí; estas formas ya presuponen el descubrimiento de objetos parciales

[1] "Dependencia oral" es un concepto relativamente nuevo. En los escritos de Freud no logré descubrir ninguna referencia a él; parece tratarse, pues, de una creación posfreudiana y muy probablemente norteamericana. Creo que sería un estudio interesante el de establecer la historia exacta de este concepto. He aquí algunos datos para ese trabajo. "Dependencia", sin el adjetivo "oral", aparece unas pocas veces en el libro de texto de Fenichel (1945). El primer empleo de "dependencia oral" fue el que encontré en F. Alexander (1950). Me sorprendió mucho no encontrar la expresión en los escritos de Melanie Klein; la primera referencia al concepto que hace la escuela de Klein aparece, según creo, en *New Directions in Psycho-Analysis* (1955), una colección de artículos escritos en honor de Melanie Klein en ocasión de cumplir ésta setenta años en 1952. También aquí faltaba el adjetivo "oral" pero el término "dependencia" se refería a lo que hoy llamaríamos dependencia oral, la dependencia del hijo respecto de su madre; quienes usaron la expresión fueron Paula Heimann y Joan Rivière. A partir de alrededor de 1952, los términos dependencia y hasta dependencia oral aparecen con mayor frecuencia en los artículos de Winnicott, pero aparentemente no antes de esa fecha.

y/o totales bastante estables. Para el individuo predominantemente ocnofílico, la vida es algo seguro sólo en estrecha proximidad con objetos, en tanto que siente los períodos o espacios que separan a los objetos como algo horrible y peligroso. Hace ya mucho tiempo que se conocen estos fenómenos, pero recientemente, por influencia de la etología, se los designa con la expresión "conducta de adhesión" (por ejemplo, Bowlby, 1958). En cambio, el individuo predominantemente filobático experimenta los objetos como algo que no le inspira confianza, como algo peligroso y se inclina a prescindir de ellos; busca las favorables extensiones que separan a los traidores objetos en el tiempo y en el espacio.

La pregunta siguiente es, desde luego, ¿qué beneficio puede obtener un paciente de la regresión? ¿Por qué la regresión es tan importante para él? Como ya dije varias veces, no todos los pacientes pasan necesariamente por un período regresivo. Esto significa que algunos pacientes pueden prescindir de la regresión y quizá ni siquiera la necesiten. Sin embargo, es difícil establecer qué personas necesitan y qué personas no necesitan un período regresivo. La razón de esta dificultad está en el hecho de que los pacientes que se someten a un tratamiento analítico no constituyen una muestra representativa, porque han sido seleccionados de conformidad con las ideas de su analista sobre la analizabilidad. Así y todo, quizá haya cierta verdad en la impresión de que en nuestros actuales pacientes, el número de los que necesitan la regresión es mayor que en el pasado y que acaso este número continúe aún creciendo.

Podemos responder a nuestra pregunta apelando a la idea de la falta básica y a las observaciones que me llevaron a descubrir el "nuevo comienzo". Mi línea de ideas se desarrolla del modo siguiente: todos tenemos ciertos rasgos de carácter o, para expresarlo en la terminología moderna, ciertos esquemas compulsivos de relaciones objetales. Algunos de ellos son el resultado de un conflicto o complejo; si el analista con sus interpretaciones puede ayudar a su paciente a resolver esos conflictos y complejos, la naturaleza compulsiva de tales esquemas se reducirá a un nivel lo bastante flexible para permitir la adaptación a la realidad. En una serie de casos en los que, de conformidad con mis ideas, esos esquemas compulsivos se originaron en una reacción a la falta básica, las interpretaciones tendrán un poder incomparablemente menor, puesto que aquí no hay un con-

flicto o un complejo que resolver en el estricto sentido de la palabra, y, además, en el ámbito de la falta básica, de cualquier manera las palabras no son instrumentos muy dignos de confianza.

En algunos casos en que las palabras (es decir, asociaciones seguidas de interpretaciones) no parecen producir o mantener los cambios necesarios, es menester adoptar otras medidas terapéuticas adicionales. A mi juicio, la más importante de ellas consiste en ayudar al paciente a establecer una relación primitiva en la situación analítica, una relación que corresponda a su esquema compulsivo y que se mantenga en un ambiente de paz y serenidad hasta que el paciente pueda descubrir la posibilidad de nuevas formas de relación objetal y pueda experimentarlas y hacer experimentos con ellas. Como la falta básica, mientras está activa, determina las formas de relación objetal accesibles a un individuo, una parte necesaria del tratamiento consiste en desactivar la falta básica creando condiciones en las que pueda cicatrizarse. Para lograr esto, el analista debe permitir que el paciente "regrese", ya a la situación que causó su estado de deficiencia original (a la determinada forma de relación objetal), ya a una fase aún anterior a esa situación. Esta es una condición previa que debe satisfacerse antes de que el paciente pueda abandonar su esquema compulsivo, cosa que al principio hará con muchos tanteos. Sólo después de esa regresión el paciente podrá "comenzar de nuevo", esto es, desarrollar nuevos esquemas de relación objetal para reemplazar los que abandona. Esos nuevos esquemas serán menos defensivos y, por lo tanto, más flexibles y le ofrecerán mayores posibilidades de adaptarse a la realidad con menos tensiones y fricciones que antes.

La última pregunta que formularemos en este capítulo es: ¿qué puede hacer el analista para fomentar este proceso? La mayor parte de la respuesta se expondrá en el siguiente capítulo; aquí me limitaré a señalar sólo tres aspectos *negativos* sumamente importantes, quiero decir, lo que el analista no debería hacer. Nuestra manera actual de aplicar la técnica —que recomienda, si es posible, que todo cuanto ocurre sea interpretado primero como transferencia— nos tienta a convertirnos en poderosos y sapientes objetos ante nuestros pacientes, lo cual los ayuda —o los fuerza— a iniciar un proceso de regresión a un mundo ocnofílico. En ese mundo se dan muchas oportunidades de dependencia, pero muy pocas para hacer descubrimientos indepen-

dientes. Espero que se convenga en que esta última circunstancia es por lo menos tan importante terapéuticamente como la primera. Por otro lado, esto significa que el analista no debe atenerse rígidamente a una forma de relación objetal que encontró útil en otros casos o durante las fases anteriores del mismo tratamiento, sino que continuamente debe estar dispuesto a alternar con su paciente entre el mundo primitivo ocnofílico y el filobático y hasta ir más allá de ellos hacia la relación primaria. Esto puede realizarse únicamente si el analista es capaz de establecer el diagnóstico diferencial que ya describimos.

Otro importante aspecto negativo es que el analista debe hacer todo cuanto esté en su poder para no convertirse en un objeto separado, de firmes contornos, o para no actuar como un objeto de esta índole. En otras palabras, debe permitir que sus pacientes se relacionen con él o existan con él como si el analista fuera una de las substancias primarias. Esto significa que el analista debe estar dispuesto a sostener o llevar al paciente, no de una manera activa, sino así como el agua sostiene al nadador o la tierra sostiene al caminante; el analista debe estar allí presente para su paciente, para ser usado por él sin resistirse demasiado a ser usado. Claro está que cierta resistencia es no sólo permisible sino esencial. Sin embargo, el analista debe poner cuidado en que su resistencia cause sólo la cantidad de fricción necesaria al progreso del análisis, pero no demasiada, pues de otra manera el progreso puede hacerse muy difícil debido a la resistencia del medio. Pero, sobre todas las cosas, el analista debe estar allí, debe estar siempre presente y ser indestructible como lo es el agua y como lo es la tierra. En el capítulo 22 tratamos algunos aspectos que continuaremos considerando en los capítulos siguientes.

El último aspecto negativo que quiero señalar es un corolario del anterior: el analista debe evitar parecer a los ojos de su paciente como un ser "omnipotente". En ese período del tratamiento, ésta es una de las tareas más difíciles. El paciente en regresión espera que su analista sepa mucho más que él y sea mucho más poderoso que él; espera que el analista le prometa, explícitamente o con su conducta, que ayudará a su paciente a salir de la regresión o que estará con él a través de ella. La más ligera sombra de tal promesa creará grandes dificultades, obstáculos casi insuperables en el trabajo analítico. También aquí, lo único que el analista puede hacer es aceptar el papel de verdadera substan-

cia primaria, una substancia que está allí presente, que no puede ser destruida, que *eo ipso* está allí para sostener al paciente, que siente el peso y la importancia de éste, pero que así y todo lo lleva, que no le importa mantener claras fronteras entre el paciente y ella misma, etc., pero que no es un objeto en el verdadero sentido de la palabra, aunque no se preocupa por su existencia independiente.

Algunos otros autores trataron de caracterizar esta clase de relación objetal o, para decirlo más correctamente, de relación ambiente-paciente, empleando otros términos. Anna Freud (en los años de la guerra) usó la expresión "objeto que satisface la necesidad"; Hartmann (1939) "el ambiente previsible normal"; Bion en un artículo presentado a la Sociedad Psicoanalítica Británica (1966) distinguió entre "continente" y "contenido". El inventor más voluble de tales expresiones parece ser Winnicott que usó (1941) el concepto de "ambiente suficientemente bueno", luego habló del "medio" en el que el paciente pueda girar como un motor en un baño de aceite. Luego (1949) llegó a su concepto de la "madre devota"; en 1956 habló de la "preocupación maternal primaria", luego (1960) de la "función de sostener" de la madre, en tanto que en 1963 tomó la expresión "ambiente facilitador" de la bibliografía norteamericana y la usó como parte del título de su último libro (1967). Margaret Little llamó a esta relación "unidad básica" (1961), mientras M. Khan proponía (1963) usar "escudo protector", y R. Spitz la expresión "mediador del ambiente" (1965); por otro lado, M. Mahler prefería usar (1952) "matriz extrauterina". Todas estas formas son correctas. Cada una de ellas designa uno u otro aspecto de esa relación de no omnipotencia a que quiero referirme. Claro está que me inclino en favor de la expresión acuñada por mí y la prefiero entre muchas otras por la razón de que la mía es más general y puede acomodarse a todas las otras en sus aspectos particulares.

Si aceptamos estas ideas, el problema de si habría que gratificar o no los anhelos de un paciente en estado de regresión, se manifiesta a una luz diferente, tan diferente que surge la duda sobre si no habremos estado debatiéndonos en un falso problema, que nunca podrá ser resuelto porque está mal planteado. El verdadero problema no es el de saber si hay que gratificar o frustrar al paciente en regresión, sino saber de qué manera la respuesta del analista a la regresión influirá en la relación paciente-analista y, por lo tanto, en

todo el curso del tratamiento. Si la respuesta del analista (por ejemplo, si satisface las expectaciones del paciente) crea en el paciente la impresión de que su analista es un ser sapiente y muy capaz, rayano en la omnisapiencia y la omnipotencia, esa respuesta no será aconsejable, pues es peligrosa; es probable que ella aumente la desigualdad entre paciente y analista, lo cual puede provocar estados semejantes a los de la adicción al exacerbar la falta básica del paciente.

Pero, por otra parte, si puede brindarse la satisfacción de una manera que no aumente la desigualdad, sino que cree una relación objetal de acuerdo con la estructura que llamé amor primario, la respuesta debe considerarse seriamente como un excelente procedimiento.

Aquí me propongo hacer una breve digresión para tratar lo que llamo *la tendencia ocnofílica de nuestra técnica moderna* y sus consecuencias. Los psicoanalistas, tanto en la teoría como en la técnica, se mostraron tan impresionados por la intensidad de los fenómenos ocnofílicos encontrados en la situación analítica que concentraron en ellos todo su interés y pasaron casi completamente por alto las igualmente importantes relaciones primarias filobáticas. Así desarrollaron la teoría de la búsqueda del objeto, del aferrarse a algo, de la "conducta de adhesión" y de la dependencia ambivalente. Como hube de señalarlo en *Thrills and regressions* (1959), especialmente en el capítulo 12, nuestro moderno procedimiento técnico recomienda que todo lo que ocurre en la situación analítica o todo lo que el paciente entrega en ella debe entenderse e interpretarse primero y ante todo como un fenómeno de transferencia. Esto significa que el punto principal de referencia para formular prácticamente cualquier interpretación es una relación entre un objeto omnipresente, sumamente importante, el analista, y un desigual sujeto que en ese momento aparentemente no puede sentir ni pensar, ni experimentar nada que no se refiera a su analista.

Es fácil comprender que esta técnica moderna de interpretar primero la transferencia determine la formación de una imagen del mundo compuesta de un sujeto relativamente insignificante frente a objetos omnipresentes, sapientes, poderosos, que tienen el poder de expresarlo todo correctamente en palabras, y el analista es un impresionante ejemplo de tales objetos. Si aceptamos este cuadro como un ejemplo verdadero y representativo de las fases tempranas

del desarrollo humano, llegamos fácilmente a la teoría de la "dependencia oral". La dependencia es obvia y rápidamente se agregó a ella el adjetivo "oral" bajo la influencia de nuestra teoría de los instintos, que posee esta única palabra para designar cualquier cosa primitiva o temprana. El hecho de que durante el tratamiento desarrollado de esta manera casi todas las transacciones entre paciente y analista se realizan por medio de palabras refuerza los aspectos "orales", de suerte que los analistas, los pacientes y nuestra teoría, en virtud de un proceso de asociación, suponen que las interpretaciones —es decir, las palabras— pueden representar la "leche" y el analista puede representar el "pecho".

De esta manera se desarrolla un círculo vicioso; todo cuanto ocurre en la situación analítica es entendido e interpretado de esta manera, lo cual a su vez "enseña" al paciente —como explicamos en el capítulo 15— a expresar y en cierta medida hasta asentir, todas sus experiencias preverbales de conformidad con este lenguaje, y así convence al analista de que tanto sus interpretaciones como su teoría eran absolutamente correctas.

Este es otro ejemplo de algo que suele ocurrir en prácticamente toda ciencia y especialmente en nuestro psicoanálisis: se usan partes de la verdad para callar toda la verdad. En nuestro caso actual las partes son: fenómenos "orales" y "dependientes" se dan en toda relación humana primitiva. Lo que se calla es que esos fenómenos distan mucho de poder explicar la totalidad del cuadro; lo que ocurrió fue que nuestra técnica actual magnificó la importancia de esos fenómenos fuera de toda proporción.

El ejemplo de Freud es una buena prueba de lo que digo. Como lo demuestra el estudio de sus historias clínicas, Freud prestó debida atención a la transferencia, pero no la interpretó antes que ninguna otra cosa. Por consiguiente, aunque Freud fuera un objeto sumamente importante para sus pacientes, su técnica no los forzaba a construir una imagen del mundo fundada en la opresiva desigualdad entre un sujeto ocnofílico y su objeto supremamente importante. Como acabo de decir, en los índices de los veintitrés volúmenes de la Standard Edition la voz "dependencia" aparece muy raramente, en tanto que la expresión "dependencia oral" no aparece en absoluto.

Para ilustrar una serie de problemas planteados en este capítulo, puedo citar un episodio de un largo tratamiento. Después de una insatisfactoria sesión desarrollada un viernes

y en la cual el paciente aceptó de bastante mala gana que no se había establecido un verdadero contacto entre él y su analista, porque durante toda la sesión el paciente había inutilizado los esfuerzos del analista, le resultaba difícil ahora abandonar el consultorio. Aun antes de abrir la puerta manifestó que se sentía terriblemente mal y solicitó al analista una sesión suplementaria (en cualquier momento del fin de semana) que lo ayudara a recobrarse.

Por supuesto, el problema está aquí en cómo responder a esa solicitud que indudablemente era una demanda de gratificación. Agregaré que ese paciente ocasionalmente había tenido sesiones adicionales durante los fines de semana; esas sesiones siempre le habían procurado gran satisfacción y cada vez habían aflojado considerablemente la tensión; sin embargo, en esas sesiones adicionales muy rara vez era posible realizar un verdadero trabajo analítico.

Supongamos que la solicitud del paciente sea interpretada como otro anhelo suyo y que por lo tanto se rechace; aun cuando el paciente acepte esta interpretación, se sentirá aun más desdichado por haber importunado innecesariamente a su amable y paciente analista, de modo que su estado de desazón subirá de punto. Si el paciente no está de acuerdo con la interpretación, experimentará al analista como un hombre duro y cruel, lo cual aumentará la tensión en el marco terapéutico; no creo que la situación se hiciera más tolerable si el analista interpretara el hecho como una resistencia o como una transferencia de odio e impulsos agresivos procedentes de la niñez.

Por otro lado, si el analista satisface la solicitud de una sesión más, ya la interprete como una repetición de alguna frustración anterior provocada por la envidia o la avidez, ya como algo que lleva a la envidia o la avidez, se convierte en un objeto omnipotente y fuerza al paciente a establecer una relación ocnofílica.

En este caso lo que traté de hacer fue, primero, reconocer y aceptar la desazón del paciente para que supiera que yo estaba con él; luego reconocí que no me parecía que una sesión más, si se la acordara, bastaría para darle lo que él esperaba y quizá necesitaba en ese momento; de habérsela acordado el paciente se habría sentido pequeño y débil, en tanto que el analista se hacía grande y poderoso, lo cual no era deseable. Por todas estas razones no le concedí lo que pedía. El paciente se marchó insatisfecho.

Cuando elegí mi respuesta pensaba en dos objetivos. Por

un lado, trataba de impedir que se establecieran relaciones indeseables, como las que pueden formarse entre alguien abatido o frustrado por una persona rigurosa y superior en autoridad que sabe mejor lo que está bien, o una relación entre alguien débil, que necesita algún apoyo, y una autoridad benigna y generosa; en cualquiera de los dos casos se reforzaría la desigualdad entre el sujeto y su poderoso objeto. Por otra parte, trataba yo de establecer una relación en la cual ninguno de nosotros dos fuera supremamente poderoso, en la cual ambos admitíamos nuestras limitaciones con la esperanza de que así podría nacer una fructífera colaboración entre dos personas que no eran fundamentalmente diferentes en importancia, peso y poder.

Debo agregar aquí que muy rara vez mi paciente me llamaba por teléfono; tal vez lo hiciera una vez por año y en caso de necesidad urgente. Aquella vez me telefoneó esa misma noche después de las ocho. Apenas podía hablar por teléfono; balbuceó durante algún tiempo agitado, pero por fin pudo decirme que me había llamado. . . para comunicarme que estaba a punto de llorar. . . nada más. . . no deseaba nada de mí, no quería una sesión suplementaria, . . . pero tenía que llamarme para hacerme saber cómo se sentía.

Este episodio muestra de qué manera la respuesta del analista convirtió un proceso, que comenzó con la dirección de un "anhelo" que demandaba satisfacción —es decir una forma posiblemente maligna—, en una forma benigna, en una regresión que apuntaba al reconocimiento.

Y esto se logró porque el analista evitó hasta la más ligera sombra de parecer omnisapiente y todopoderoso; por otro lado, demostró que estaba dispuesto a aceptar el papel de un objeto primario cuya principal función era reconocer a su paciente y estar con él.

El efecto inmediato del incidente fue una considerable disminución de la tensión; el paciente pasó un fin de semana relativamente bueno y durante algún tiempo fue luego capaz de contactos y cooperación en el análisis. Hasta diría que aquel incidente inició —o reforzó— un mejoramiento en la atmósfera de la situación analítica, lo cual permitió realizar considerables progresos.

CAPITULO 25

EL ANALISTA MODERADO

Terminamos el capítulo 22 considerando las dos formas de regresión, pero dejamos sin tratar los problemas técnicos referentes a lo que el analista puede hacer para evitar, en la medida de lo humanamente posible, todo riesgo de una regresión maligna y para asegurar el desarrollo de una forma benigna. En el capítulo anterior dimos algunas indicaciones generales sobre la manera en que podía procederse. Cuanto más sugieran omnisapiencia y omnipotencia la técnica y la conducta del analista, tanto mayor será el peligro de una forma maligna de regresión. Por otra parte, cuanto más pueda reducir el analista la desigualdad entre él y su paciente y cuanto más discreto y moderado pueda aparecer a los ojos de su paciente más posibilidades habrá de que se desarrolle una forma benigna de regresión.

Hemos llegado así a uno de los problemas más importantes de la técnica analítica moderna: ¿hasta qué punto deberían usarse en cada caso los dos agentes terapéuticos, la interpretación y la relación objetal? ¿Cuándo, en qué proporción y en qué orden deberían usarse esos agentes? Este problema es importante en todo análisis, pero lo es especialmente y en forma muy aguda en el tratamiento de un paciente en regresión, cuando el trabajo analítico ha llegado al ámbito de la falta básica. Como, según vimos, las palabras tienen sólo una utilidad limitada e incierta en estas esferas, parece que podemos llegar a la conclusión de que la relación objetal es el factor terapéutico más importante y segu-

ro durante esos períodos, en tanto que las interpretaciones recuperarán su importancia en aquellos estados posteriores, una vez que el paciente emergió de su regresión.

Plantéase ahora la cuestión de qué técnica puede usar el analista para crear la relación objetal que, a su juicio, es la más conveniente para un determinado paciente, o sea, qué relación objetal tendrá el mejor efecto terapéutico. El primer analista que experimentó con estos efectos de modo sistemático fue Ferenczi. Desde este punto de vista, su "técnica activa" y su "principio de relajamiento" eran intentos deliberados de crear relaciones objetales que, a su parecer, se ajustaban mejor a las necesidades de algunos pacientes que la atmósfera de un marco analítico creado de conformidad con las clásicas recomendaciones de Freud. Ferenczi advirtió bastante pronto que el resultado era el de que sus pacientes dependían cada vez más de él, es decir, Ferenczi se hacía cada vez más importante para ellos; por otro lado, no podía reconocer las razones por las cuales ocurría esto. Hoy podemos afirmar que su técnica, en lugar de reducir, aumentaba la desigualdad entre los pacientes y Ferenczi, a quien aquéllos sentían como una criatura realmente omnisapiente de suprema importancia.

En el curso de mi carrera analítica me di cuenta bastante temprano de que atenerse a los parámetros de la técnica clásica entrañaba una estricta selección de los pacientes. En mi entusiasmo de principiante semejante selección me parecía inaceptable y bajo la influencia de Ferenczi experimenté con comunicaciones no verbales; a partir de 1932 informé sobre mis experimentos y resultados en varios artículos, los más de ellos reeditados en *Primary Love* (Balint, M., 1952). Por supuesto, mis técnicas y modos de pensar han sufrido considerables cambios durante los años transcurridos y aunque tengo plena conciencia de que mis ideas actuales no pueden ser definitivas, lo cierto es que han alcanzado un estadio en el cual puedo "organizarlas", es decir, expresarlas en forma suficientemente concreta para que puedan ser discutidas y, sobre todo, criticadas.

En mi empeño por superar las dificultades que acabo de mencionar, durante varios años experimenté con una técnica que permite al paciente vivir una relación bipersonal que no puede, ni necesita y quizá hasta ni debe, expresarse en palabras, sino que a veces se expresa a través de lo que habitualmente se llama "exoactuación" en la situación analítica. Me apresuro a agregar que todas esas comunicaciones

no verbales deberán interpretarse, desde luego, después que el paciente haya surgido de aquel nivel y haya alcanzado de nuevo el nivel edípico. . . pero no antes.

Quiero recapitular ahora las varias líneas de ideas que me condujeron a estos experimentos. En muchas ocasiones comprobé con fastidio y hasta desesperación que las palabras dejan de ser medios de comunicación en los que pueda confiarse cuando el trabajo analítico alcanza esferas que están más allá del nivel edípico. El analista podrá esforzarse lo más posible para hacer que sus interpretaciones sean claras e inequívocas; pero el paciente de alguna manera se las arregla siempre para experimentarlas como algo completamente distinto de lo que el analista quería decir. En ese nivel, las explicaciones, los argumentos, las versiones mejoradas y enmendadas no prestan ninguna utilidad; el analista no puede sino aceptar el amargo hecho de que en esas esferas sus palabras, en lugar de clarificar la situación, son mal entendidas, mal interpretadas y tienden a aumentar la confusión de lenguas entre el paciente y el analista. En realidad, las palabras se convierten en medios de comunicación en los que no se puede confiar.

Esta observación clínica es tan importante en esta línea de mis ideas, que quiero examinarla desde otro punto de vista más. En esos períodos, las palabras dejan de ser vehículos de la libre asociación; se convierten en algo carente de vida, son repeticiones mecánicas y estereotipadas; dan la impresión de un viejo y gastado disco de gramófono con la púa que corre interminablemente por el mismo surco. Dicho sea de paso, a menudo ocurre también esto con las interpretaciones del analista; durante esos períodos también las interpretaciones parecen correr interminablemente por el mismo surco. Con disgusto y desesperación el analista descubre entonces que en esos períodos no tiene sentido continuar interpretando las comunicaciones verbales del paciente. En el plano edípico y hasta en algunos de los llamados niveles "preedípicos", una interpretación adecuada, que hace consciente un conflicto reprimido y que resuelve así una resistencia o anula una escisión, determina que el paciente vuelva a continuar con sus libres asociaciones; pero en el nivel de la falta básica esto no ocurre necesariamente. El paciente experimenta la interpretación como una interferencia, como una crueldad, como una exigencia injustificable o una desleal intromisión, como un acto hostil o también como un signo de afecto; o bien la siente como

algo carente de vida, como algo en verdad muerto, que no tiene efecto alguno.

Otra línea de ideas comenzó con el descubrimiento de la tendencia ocnofílica de nuestra técnica, a la que nos referimos en nuestros anteriores capítulos (y en 1959, capítulo XII). Hoy en día se ordena a los analistas que interpreten todo cuanto ocurre en la situación analítica ante todo atendiendo a la transferencia, es decir, a una relación objetal. Esta técnica, en todos los otros sentidos eficiente y sensata, significa que nos ofrecemos incesantemente a nuestros pacientes como objetos a los que ellos deben aferrarse e interpretamos todo cuanto sea contrario a aferrarse a nosotros como resistencia, agresividad, narcisismo, susceptibilidad, ansiedad paranoide, miedo de castración, etc. Así se forma una atmósfera en alto grado ambivalente y forzada, en la que el paciente se debate impulsado por su deseo de independencia, pero en la que encuentra su camino obstruido en todas partes por las interpretaciones ocnófilas de la transferencia.

La tercera línea de mis ideas tuvo su origen en mi estudio del "paciente silencioso". El silencio, como se reconoce cada vez más, puede tener muchas significaciones, cada una de las cuales exige un diferente manejo técnico. El silencio puede ser un yermo y aterrador vacío, enemigo de toda vida y crecimiento; en ese caso el paciente debería ser sacado de su silencio lo más pronto posible; el silencio puede ser una extensión excitante y amistosa que invite al paciente a emprender viajes de aventuras por las ignotas tierras de su fantasía; en ese caso cualquier interpretación ocnófila puede estar muy fuera de lugar y hasta puede ser muy perturbadora; el silencio puede también significar un intento de restablecer la armoniosa interpenetración de amor primario que existía entre el individuo y su ambiente antes del surgimiento de objetos; en este caso cualquier interferencia o interpretación está estrictamente contraindicada, pues puede destruir la armonía al exigir algo al paciente.

La última línea de ideas se relaciona con mis conceptos sobre el ámbito de la creación, un ámbito de la psique en el que no hay ningún objeto organizado, de manera que cualquier intrusión de un objeto por obra de las interpretaciones, que exigen la atención del paciente, inevitablemente destruye en éste la posibilidad de crear algo en su interior.

En el capítulo 5 dijimos que en este ámbito los objetos no están todavía organizados y que el proceso de creación

tendiente a organizarlos necesita sobre todo tiempo. El tiempo puede ser breve o muy largo; pero cualquiera sea la duración el proceso no puede ser influido desde afuera. Casi seguramente cabe decir lo mismo sobre las creaciones salidas del inconsciente de nuestros pacientes. Esta puede ser una de las razones por las que las habituales interpretaciones del analista son experimentadas como inadmisibles por pacientes que han sufrido un proceso regresivo hasta este ámbito; en realidad las interpretaciones son pensamientos u objetos totales, "organizados", cuyas interacciones con los contenidos nebulosos, vagos, todavía "no organizados" del ámbito de la creación podrían causar estragos o una organización prematura, no natural.

La apariencia exterior de todos estos estados tan diferentes es un paciente silencioso que parece retirado del trabajo analítico normal, que "exoactúa" en lugar de asociar o que posiblemente hasta repite algo en lugar de recordarlo; y por último, aunque no menos importante, puede considerarse también que ese paciente está "regresando" hacia cierta conducta primitiva en lugar de estar progresando hacia el acatamiento de nuestra regla fundamental. Todas estas caracterizaciones –retiro, exoactuación, repetición en lugar de recuerdo, regresión –son correctas, pero incompletas y, por esos, pueden hacer adoptar medidas técnicas equivocadas.

La técnica que encontré habitualmente provechosa con pacientes que habían sufrido un proceso regresivo hasta el nivel de la falta básica o el nivel de la creación consistía en tener paciencia con la regresión por el momento, sin intentar intervenir con una interpretación. Ese momento podía durar tan sólo unos minutos, pero también podía extenderse a varias sesiones. Como ya dije varias veces, en estos períodos las palabras de todas maneras han dejado de ser un medio de comunicación seguro; las palabras del paciente ya no son vehículos de libres asociaciones, se convierten en algo sin vida, en repetición mecánica y estereotipada; no significan lo que parecen querer decir. El consejo técnico es correcto en este caso; la función del analista es comprender lo que está detrás de las palabras del paciente; el problema está sólo en cómo comunicar la comprensión cobrada a un paciente en estado de regresión. Mi respuesta es aceptar sin reservas el hecho de que las palabras ya no son dignas de confianza y abandonar por el momento todo intento de hacer que el paciente vuelva por la fuerza al nivel

verbal. Esto significa hacer a un lado cualquier intento de "organizar" el material entregado por el paciente –en todo caso no se trata del material "genuino"– y tolerarlo en su forma incoherente, sin sentido, desorganizada hasta que el paciente –después de retornar al nivel edípico del lenguaje convencional– sea capaz de dar al analista la clave para comprender dicho material.

En otras palabras, el analista debe aceptar la regresión. Esto significa que debe crear un ambiente, un clima en el que él y su paciente puedan tolerar la regresión en una experiencia mutua. Esto es esencial porque en tales estados cualquier presión exterior refuerza la ya intensa tendencia del paciente a entrar en relaciones de desigualdad entre él mismo y sus objetos, con lo cual se perpetúa su proclividad a la regresión.

Deseo ilustrar lo que queda dicho transcribiendo un episodio de un análisis contenido en el capítulo 22. El paciente, que se hallaba sometido a análisis desde hacía alrededor de dos años, permaneció silencioso, desde el comienzo mismo de la sesión, durante más de treinta minutos; el analista aceptó la situación y dándose cuenta de lo que posiblemente ocurría, aguardó sin hacer ningún intento de intervenir; en realidad, ni siquiera se sentía incómodo ni presionado para hacer algo. Debería agregar que en ese tratamiento los momentos de silencio ya habían sobrevenido en varias ocasiones anteriores, de manera que el paciente y el analista tenían cierto entrenamiento para tolerarlos. Por fin, el silencio quedó roto por el paciente que comenzó a sollozar; aliviado pudo luego hablar. Dijo al analista que por fin había sido capaz de llegar a sí mismo; nunca, desde su niñez lo habían dejado solo y tranquilo; siempre había habido alguien que le decía lo que tenía que hacer. Algunas sesiones después, el paciente declaró que durante aquel momento de silencio había tenido toda clase de asociaciones, pero que las había rechazado una a una por considerarlas carentes de importancia, nada más que como un molesto fastidio superficial.

Por supuesto, el silencio podría fácilmente haberse interpretado como resistencia, retiro, signo de miedo persecutorio, incapacidad de afrontar ansiedades depresivas, como un síntoma de una compulsión a la repetición, etc. Como el analista conocía bastante bien a su paciente hasta podría haber interpretado uno u otro de los temas y cuestiones que surgían en las asociaciones y también podía haber conjetu-

rado algunas de las razones por las que el paciente consideraba una idea sin importancia y la rechazaba. Todas éstas podrían haber sido interpretaciones correctas en todos los sentidos salvo en uno: habrían roto el silencio y el paciente no habría sido capaz de "llegar a sí mismo", en todo caso no en aquella ocasión. Y por correcta que sea una interpretación, siempre tiene un efecto colateral no esperado: inevitablemente refuerza la intensa compulsión a la repetición del paciente; es como si alguien estuviera de nuevo allí para decirle lo que tiene que sentir, lo que tiene que pensar y lo que tiene que hacer.

Por lo demás, todo esto ocurrió en una relación exclusivamente de dos personas; el problema dinámico que había que afrontar no tenía la estructura de un conflicto, para el cual sería menester encontrar "una solución". La situación exigía del analista algo más de agudeza que para comprender las asociaciones verbales; al hallar una respuesta correcta al silencio, el analista corría el riesgo de hacer aumentar las espectaciones de su paciente y hacerle esperar que eso que ocurría ahora posiblemente volvería a ocurrir una y otra vez y de esa manera se desencadenaría un proceso que llevaría a estados semejantes a los de la adicción; otro riesgo era el de dar al paciente la impresión de que había conseguido un analista tan sabio y poderoso, que podía leer los pensamientos no expresados del paciente y responder a ellos correctamente; en efecto, corría el riesgo de convertirse en un ser "omnipotente"; y, por último, las palabras habrían sido inútiles en esta situación; lo más probable es que el empleo de palabras forzara prematuramente al paciente a regresar al ámbito edípico y así habría creado otros obstáculos al trabajo terapéutico, en lugar de apartar algunos, por supuesto, todos éstos son signos característicos de que el trabajo analítico llegó al ámbito de la falta básica.

Cuando el paciente sufre un proceso de regresión a este nivel, la técnica correcta consiste en aceptar la "exoactuación" en la situación analítica como un medio válido de comunicación y no tratar de "organizarla" rápidamente mediante las interpretaciones. Insisto en que esto no significa que en esos períodos el papel del analista sea desdeñable o se reduzca a la actitud de simpatía pasiva; por el contrario, su presencia es sumamente importante, no sólo porque debe ser sentido por el paciente como algo presente sino que todo el tiempo debe encontrarse a la distancia conveniente —no tan lejos que el paciente pueda sentirse abandonado o

perdido, ni tan cerca que el paciente pueda sentirse agobiado y embarazado—; en verdad, debe mantenerse a la distancia que corresponda a la necesidad actual del paciente; en general, el analista debe saber cuáles son las necesidades de su paciente, por qué éstas son como son y por qué fluctúan y cambian.

Considerado desde otro ángulo, el problema técnico es cómo ofrecer al paciente "algo" que pueda obrar como un objeto primario o, en todo caso, algo que pueda substituirlo o, para decirlo en otras palabras, algo a lo que pueda proyectar su amor primario.

¿Debería ser ese "algo" a) el propio analista (el analista que se propone tratar una regresión) o b) la situación terapéutica? La cuestión está en saber cuál de estos dos objetos tiene mayores probabilidades de alcanzar suficiente armonía con el paciente, de modo que sólo exista un mínimo choque de intereses entre el paciente y un objeto accesible. En general es más seguro que el paciente pueda usar la situación terapéutica como un substituto, si no ya por otras razones, porque así se reduce el riesgo de que el analista se convierta en un objeto omnisapiente y omnipotente de suprema importancia.

Ofrecer al paciente un "objeto primario" no equivale, desde luego, a darle amor primario; en todo caso, las madres tampoco lo *dan*. Lo que las madres hacen es comportarse como verdaderos objetos primarios, es decir, ofrecerse como objetos primarios para ser catectizados por el amor primario. Esta diferencia entre "dar amor primario" y "ofrecerse uno para ser catectizado por el amor primario" puede tener una importancia fundamental en nuestra técnica, no sólo en el caso de pacientes en regresión sino también en una serie de situaciones de un tratamiento difícil.

Para expresar lo mismo desde otro punto de vista, es decir, usando diferentes "palabras": durante esos períodos el analista debe cumplir las funciones de quien suministra un tiempo y un medio. Esto no significa que tenga la obligación de compensar al paciente anteriores privaciones y brindarle más cuidados, más amor, más afecto que los que le brindaron antes los padres mismos al paciente (y aun cuando el analista intentara hacerlo, casi seguramente fracasaría). Lo que el analista debe dar —y de ser posible, únicamente durante las sesiones regulares— es tiempo suficientemente libre de tentaciones, estímulos y exigencias exteriores, incluso las que puedan tener origen en el propio ana-

lista. La finalidad es que el paciente llegue a ser capaz de encontrarse a sí mismo, aceptarse y continuar consigo mismo sabiendo de continuo que en él hay una cicatriz, su falta básica, que no puede eliminarse mediante el análisis; además, debe permitírsele que él mismo descubra *su* camino al mundo de los objetos. . . y no mostrarle el camino "conveniente" mediante una interpretación correcta o profunda. Si se logra esto, el paciente no sentirá que los objetos chocan contra él y lo oprimen. Sólo en esta medida el analista debería suministrar un ambiente mejor, más "comprensivo", pero de ninguna otra manera y menos aun en la forma de brindar a su paciente más cuidados, más amor, más atención, más gratificación o más protección. Tal vez fuera conveniente subrayar que consideraciones de esta índole pueden servir como criterios para decidir si cierto "anhelo" o "necesidad" debería satisfacerse o bien debería quedar insatisfecho.

El principio guía durante estos períodos es evitar toda interferencia que no sea absolutamente necesaria; especialmente las interpretaciones deberían ser sometidas al examen más minucioso, pues las más de las veces los pacientes las experimentan como exigencias injustificables, ataques, críticas, seducciones o estimulaciones; las interpretaciones deberían darse sólo si el analista está seguro de que el paciente las *necesita*, pues, en esos momentos *no darlas* sería sentido por el paciente como injustificable dureza o estimulación. Creo que desde este ángulo puede entenderse mejor lo que he llamado los peligros de interpretaciones ocnofílicas; si bien el paciente necesita de un ambiente, de un mundo de objetos, esos objetos —entre los que se encuentra en primer lugar el analista— de ningún modo deben ser sentidos como cosas que exigen, que interfieren, que irrumpen en la situación, pues esto reforzaría la opresiva desigualdad entre sujeto y objeto.

Espero que esta descripción clínica ayude al lector a comprender por qué tantos analistas emplean expresiones tan diferentes para designarla. Al final del capítulo 24 enumeramos algunas de esas expresiones. Todas ellas presentan los siguientes rasgos en común: suponen que no debe estar presente ningún objeto opresivo o exigente; que el ambiente debe ser silencioso, sereno, seguro y moderado; que el objeto debe estar presente y ser favorable al sujeto, aunque éste de ninguna manera está obligado a advertirlo, a reconocerlo o a preocuparse por él. Para decirlo una vez más, estos

rasgos comunes son las características exactas de lo que llamé objetos primarios o substancias primarias.

Asegurar este género de objeto o de ambiente es ciertamente una parte importante de la tarea terapéutica. Claro está que es sólo una parte, no toda la tarea. Además de ser un objeto "que reconoce la necesidad" y quizá que la "satisface", el analista debe ser también un objeto que "comprende la necesidad" y, por añadidura, debe ser capaz de comunicar su comprensión al paciente.

CAPITULO 26

SALVANDO EL ABISMO

En el capítulo 14, hablé del profundo abismo que separa al "niño que hay en el paciente" de su analista adulto y manifesté que un paciente que había sufrido un proceso de regresión hasta el nivel de la falta básica es, por lo general, incapaz de superar ese abismo por su propia cuenta. En aquella oportunidad planteé la cuestión de qué parte de la tarea debería ser emprendida por el analista y qué parte debería dejarse al paciente. La primera respuesta al problema de cómo franquear la brecha es la clásica: comprender lo que el paciente necesita del analista. Esa comprensión no necesita —y en ocasiones no debe absolutamente comunicarse— ser comunicada a un paciente en regresión mediante interpretaciones; se la comunica mediante la creación de la atmósfera que el paciente necesita. Esto supone tolerar y respetar la "exoactuación" analítica del paciente y supone especialmente no urgirlo para que cambie inmediatamente sus modos de expresión no verbal en la forma verbal edípica. En el capítulo anterior, traté de resumir lo que el analista debería hacer a mi juicio. Si mis ideas son correctas, pueden explicar las múltiples dificultades que inevitablemente surgen cuando un analista, desarmado y seducido por los sufrimientos de su paciente, hace más de lo que he indicado.

Particularmente, cuando se tratan estos estados, el analista debería tener presente que en general ha de abstenerse de penetrar las defensas o de anular las escisiones valiéndose

de correctas e incisivas interpretaciones, puesto que los pacientes en regresión podrían sentirlas como expresión de que el analista no cree en la justificación o validez de sus motivos de queja, recriminaciones y resentimientos. El analista debe, en cambio, aceptar sinceramente todas las quejas, recriminaciones y resentimientos como reales y válidos y acordar todo el tiempo necesario a su paciente para que éste cambie su violento resentimiento en remordimiento. Este proceso no debe ser acelerado mediante interpretaciones, por correctas que éstas sean, puesto que el paciente puede sentirlas como una indebida interferencia, como un intento de minimizar la justificación de su queja y así, en lugar de acelerar los procesos terapéuticos, las interpretaciones los retrasarán.

Verdad es que algunos pacientes sienten que la vida no vale la pena de ser vivida sin sus motivos de queja y su odio o bien todo lo contrario, sin recibir plena compensación por todos sus males... y el odio asociado con ellos. Esos pacientes experimentan toda interpretación que trate de arrojar nueva luz sobre sus motivos de queja como si el analista estuviera tratando de devaluarlos. Sienten todo intento de esta índole como una amenaza a la justificación de su existencia; realmente sienten que no tienen ninguna otra cosa por la que vivir.

Aproximadamente lo mismo cabe decir sobre las llamadas ansiedades persecutorias, que no pueden ser analizadas con provecho si no se ayuda a sentir al paciente que el analista está con él, que acepta sin reservas la justificación de las quejas y permite al paciente períodos suficientemente largos, a veces muy largos, de violenta agresividad, períodos a los que luego sigue otro de compunción y duelo por la falta original o fracaso original y por todas las pérdidas que esa falta causó.

Siempre que el analista sea capaz de llenar la mayor parte de estos requisitos incondicional y sinceramente, puede establecerse una nueva relación que permite al paciente experimentar una especie de compunción o duelo por el defecto original y por la pérdida que causó el establecimiento de la falta o de la cicatriz que presenta su estructura mental. Este duelo difiere fundamentalmente del causado por la pérdida real de una persona amada o del causado por el daño o destrucción de un objeto interno, duelo característico de la melancolía. La lamentación o duelo al que me estoy refiriendo se relaciona con el hecho irreparable, inalterable,

de un defecto o falta en uno mismo, falta que en verdad ha proyectado su sombra durante toda la vida y cuyos desdichados efectos nunca pueden repararse enteramente. Aunque la falta pueda curarse, su cicatriz se conservará para siempre, es decir, alguno de sus efectos serán siempre discernibles.[1]

Es preciso dejar que el período de duelo siga su propio curso que, en algunos pacientes, puede ser exasperantemente largo. Aunque este proceso no puede ser apresurado, es sumamente importante que el analista asista a él; como el proceso corresponde al ámbito de la falta básica, aparentemente al paciente le resulta imposible pasar ese duelo solo y por su propia cuenta; únicamente puede realizárselo en el marco de una relación bipersonal, como la situación analítica. Si el analista dedica un período suficientemente largo, sin manifestar prisa, a ese duelo y mantiene la atmósfera primitiva necesaria mediante su tolerancia y sus interpretaciones que no han de interferir en la situación, el paciente comienza a cooperar de un modo algo diferente que antes, como si ahora estuviera dispuesto a juzgar de nuevo su situación frente a sus objetos y fuera capaz de reexaminar la posibilidad de aceptar el tan a menudo indiferente y poco atractivo mundo que lo rodea.

Ninguno de los detalles de la actitud terapéutica bosquejada aquí es esencialmente diferente de los correspondientes a la actitud que el analista adopta cuando trata a pacientes

[1] Como ya lo anticipé en mi artículo "El nuevo comienzo y los síndromes paranoide y depresivo" (1952), este duelo se relaciona con el abandono de una imagen narcisista de uno mismo que puede haber tenido su origen como una ultracompensación de la falta básica. Fue una ultracompensación semejante la que nos llevó a pensar que un tratamiento analítico convenientemente terminado haría que el paciente ya no tuviera que recurrir más a innecesarias inhibiciones o represiones. Este cuadro idealizado significa que, después de un análisis propiamente terminado, un paciente ya no exhibe ninguna falta en su personalidad. Este caso ideal puede ser más o menos cierto en el nivel edípico, pero no es realista esperar lo mismo en el nivel de la falta básica. La falta básica no puede ser eliminada, ni resuelta, ni anulada; tal vez podrá curarse y dejar una cicatriz, lo cual significa que el hecho de que existió en el pasado será siempre perceptible. El proceso de duelo que discutimos aquí entraña abandonar de una vez por todas la esperanza de lograr un impecable, un intachable ideal de uno mismo; un buen tratamiento debe conseguir que el paciente acepte el hecho de que tuvo una falta básica y se adapte de manera realista a ese hecho.

en el nivel edípico, y hasta las cuestiones que debe afrontar son habitualmente las mismas; pero hay una diferencia, que es más una diferencia de atmósfera, de estado de ánimo. Esa diferencia afecta tanto al paciente como al analista. El analista no está tan ansioso de "comprender" todo inmediatamente ni de "organizar" y cambiar todo lo que resulta indeseable mediante sus interpretaciones correctas; en realidad, es más tolerante con los sufrimientos del paciente y es capaz de tener paciencia con ellos —es decir, es capaz de admitir su relativa impotencia—, en lugar de empeñarse en "analizarlos" para eliminarlos y demostrar así su omnipotencia terapéutica. Tampoco el analista ha de sucumbir a la otra tentación de influir en la vida del paciente en regresión valiéndose de su "manejo" a fin de que el ambiente ya no le exija cosas intolerables; éste es otro tipo de respuesta omnipotente. Tampoco el analista debe provocar en su paciente "experiencias emocionales correctivas", como las que utiliza un médico cuando trata un estado de deficiencia, pues ésa es una tercera forma de respuesta omnipotente. En verdad, si el analista siente la más ligera inclinación de responder a su paciente en estado regresivo con cualquier clase de conducta omnipotente, debería reconocerse en seguida esa inclinación como seguro signo diagnóstico de que el trabajo analítico llegó al ámbito de la falta básica. Quiero hacer notar muy enfáticamente que cualquier inclinación semejante del analista debe estimarse como un síntoma de la enfermedad del paciente y que en modo alguno debe actuarse cediendo a ella... algo más fácil de aconsejar que de hacer.

Hagamos ahora algunas observaciones sobre "gratificar necesidades o anhelos del paciente". En la técnica clásica semejante demanda del paciente no se acepta como una necesidad válida a la que haya que responder, sino que se la considera sólo un deseo que debe meramente comprenderse. Algunas técnicas modernas recomiendan que el analista considere la posibilidad de satisfacer algunas de las necesidades que muestra su paciente en la situación analítica, por ejemplo, permitiéndole cierta "exoactuación".

Aquí se nos presentan varios problemas. Debemos preguntarnos cuándo debería acordarse esa satisfacción, qué clase de satisfacción debería permitirse y cómo debería tener lugar la satisfacción.

Comencemos considerando un ejemplo clínico. Una paciente me comunicó que en su niñez solía caer en accesos

de enojo y berrinches. Estos episodios eran muy penosos tanto para ella como para toda la familia. Pero pronto la madre encontró la manera de tratar aquellos ataques. Alzaba a la hija y la mantenía sujeta y tiesa, firme pero no violentamente; mi paciente recuerda que sentía esa restricción que se le imponía con simpatía como algo tranquilizador y seguro que lograba calmarla a los pocos minutos. En este caso los berrinches pueden considerarse como una especie de demanda y la manera de tratarlos la madre como una especie de respuesta.

Supongamos que algo parecido pueda ocurrir en el análisis. ¿Debería el analista proceder como aquella madre? Y en ese caso, ¿de qué medios debería valerse? ¿Debería tratar de contener a su paciente con interpretaciones, con alguna acción simbólica o usando realmente sus manos? ¿En qué casos debería ser tratado como un niño el "niño" que hay en el paciente y en qué casos debería ser tratado como un adulto? Antes de que alguien ponga el grito en el cielo por la posible insinuación, me permito recordar que en todo caso el marco de la situación analítica es una especie de "sujetar firmemente al paciente". Después de todo, se exige que el paciente se extienda en un diván y que no se levante de él, lo cual no puede sino sentirse como una coacción. Pero volvamos a nuestro problema; yo llamaría al marco analítico clásico una restricción o coacción por acción simbólica por parte del analista y agregaría que gracias a esa acción simbólica se desarrolla entre el analista y el paciente un tipo de relación que es mutuamente satisfactoria hasta cierto punto.

Además, el procedimiento clásico es un ejemplo convincente de una acción simbólica por parte del analista antes de que éste haga interpretaciones: al pedir a nuestros pacientes que se tiendan en el diván, simbólicamente ejercemos coacción en ellos antes de que exista la necesidad de interpretar o de actuar. Este ejemplo muestra también otro importante aspecto de la satisfacción de una necesidad por el analista en la situación analítica. Como sabemos, hay en general dos clases de satisfacciones. Unas satisfacciones, aunque se satisfacen en sí mismas, obran como un estímulo adicional que aumenta la excitación general. Un ejemplo familiar de esta clase es el de los varios mecanismos de goce anticipado que intervienen en el acto de hacer el amor. El otro grupo de satisfacciones es el de aquellas que tienen un efecto calmante y sedante. Esas satisfacciones obran al eli-

minar de la conciencia del paciente estímulos irritantes o excitantes y de esta manera lo ayudan a dirigirse al estado que he descrito como un bienestar tranquilo y sereno y que es la mejor base de una buena comprensión entre el individuo y su ambiente.

Si nos es lícito generalizar partiendo de este ejemplo, llegamos a otra respuesta de una de nuestras cuestiones. La clase de satisfacción compatible con la situación analítica es la satisfacción que no excita al paciente, sino que por el contrario reduce la tensión general y de esta manera conduce a una mejor comprensión entre paciente y analista. Si uno examina detenidamente el marco analítico clásico, comprueba que en él se da una buena serie de satisfacciones de esta clase. Mencionemos sólo unas pocas: la habitación silenciosa y templada, el cómodo diván, el ambiente que no provoca excitación, el analista que no interrumpe innecesariamente al paciente, la oportunidad completa que se da al paciente para que se manifieste su mente, etc. En general, esta clase de satisfacción podría caracterizarse como cuidados que se brindan al paciente o hasta como una especie de maternaje psicológico.

Por supuesto que todas estas cosas se dan ya al comienzo de un análisis. Algunos analistas están firmemente convencidos de que los límites impuestos por las recomendaciones técnicas de Freud deben continuar siendo absolutos y que toda técnica que los traspase no debe llamarse analítica. Me parece que esos analistas son demasiado rígidos. Repetiré una vez más que un analista en ciertos casos, especialmente con un paciente en estado de regresión, puede ir más allá de aquellos límites y satisfacer algunas necesidades a fin de asegurar una relación terapéutica.

Pero ese analista debe respetar ciertas condiciones. La primera de ellas es la de que en virtud de su acción no corra el peligro de convertirse él mismo en un objeto omnisapiente y omnipotente. La segunda condición es la de que tiene que estar seguro de que el resultado de la gratificación no producirá un aumento de la excitación en el paciente, sino que llevará a establecer un estado de "tranquilo y sereno bienestar" y a una comprensión mejor entre el paciente y él mismo. Otra condición es la de que consiga evitar el desarrollo de una forma maligna de regresión.

Cuanto más tenga uno la impresión de que la regresión apunta principalmente a obtener gratificación por obra de un objeto exterior, tanto más en guardia debe estar el ana-

lista. Especialmente, si las posibilidades del paciente en el mundo de objetos son sólo limitadas, mayor será el peligro de que se creen estados semejantes a los de la adicción.

Creo que éste es un criterio bastante importante. Aparentemente se lo puede aplicar en dos direcciones: influir en el futuro del paciente, pero también arrojar cierta luz sobre su pasada psicopatología. Si no hay muchos objetos buenos en el mundo exterior, el peligro de desarrollar una transferencia en alto grado intensa y engañosa (Margaret Little, 1938, 1961) es muy grande y muy escasas las perspectivas de equilibrarla con algo de igual importancia e intensidad en el mundo exterior. Por otro lado, la ausencia de objetos buenos significa también que el paciente, a causa de su neurosis, tiene sólo una capacidad limitada para llevar a cabo el "trabajo de conquista" (Balint, M., 1947) necesario para convertir un objeto indiferente en un compañero cooperador; esto indica una falta básica bastante seria en su configuración mental y en su carácter.

Pero si están presentes objetos exteriores buenos, el analista podría resolverse a correr ciertos riesgos, como hice en mi caso del salto mortal. Por otra parte, si el mundo exterior es pobre en objetos aceptables, es mejor tener en cuenta el consejo de Freud y guardarse de satisfacer los anhelos del paciente.

Sin embargo, si en el cuadro clínico predominan los síntomas del otro tipo de regresión, la regresión que apunta al reconocimiento, creo que las perspectivas de hacer algo positivo son buenas. Es cierto que el analista debe estar preparado para ciertos momentos de prueba, especialmente en lo tocante a su sinceridad. Lo que estos pacientes no toleran es que su analista no les diga la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad. De cualquier manera estos pacientes son en general hipersensibles; pueden reaccionar con dolor y retirarse a una fingida actitud de insinceridad adoptando hasta lo que llamamos las formas convencionales de las buenas maneras.

Si el analista logra evitar todos estos atractivos peligros, el paciente, respondiendo en parte a la mayor tolerancia del analista, muestra una tranquila determinación, hasta entonces oculta, de penetrar en las cosas, de aceptarlas —de aprobarlas, por así decirlo— a fin de comprenderlas o tan sólo a fin de echarles una mirada.

A partir de entonces el paciente sale gradualmente de su regresión. Pero ése no es el movimiento final, pues pueden

sobrevenir recaídas; sin embargo siempre se trata de un paso hacia adelante en un largo camino. De manera que lo que he expuesto en esta Parte no es ni el final del cuento ni todo el cuento. Pero lo expuesto se refiere siempre al establecimiento de una nueva relación entre el paciente y alguna parte de su mundo, que hasta entonces le fue inaccesible a causa del abismo creado por su falta básica; trátase por consiguiente de un paso dado hacia una mejor integración de su yo.

Como acabo de decir, lo sintetizado en esta Parte no es todo el cuento. Hasta puedo indicar algunos de los capítulos que faltan. En primer lugar, nada dije sobre la función de la repetición, de la exoactuación, en la terapéutica analítica o, para decirlo en otras palabras, no establecí cuándo, hasta qué punto y en qué condiciones la repetición puede convertirse en un agente terapéutico. Otro capítulo trataría los caminos que están potencialmente abiertos ante un paciente para modificar su mundo interior, el cual en gran medida determina su relación con los objetos exteriores. Un capítulo paralelo discutiría los medios técnicos de que disponemos los analistas para ayudar a nuestros pacientes a lograr ese cambio. Y, por último, un capítulo muy importante se referiría a las funciones de las interpretaciones. Aludo aquí a las interpretaciones clásicas que deberían darse en los períodos intermedios *entre* sucesivas regresiones. El problema técnico en el que estoy pensando es el de cómo integrar las dos importantes tareas que deben realizarse por obra de las mismas interpretaciones. Una consiste en crear y mantener una atmósfera en la que puedan producirse ciertos eventos terapéuticamente importantes; y la segunda consiste en capacitar al paciente a darse cuenta de cuáles son sus propias contribuciones y cuáles las contribuciones del analista en la creación de esa atmósfera, cómo esas contribuciones están determinadas la una por la otra y cómo ellas determinan el resultado final. Espero que se entienda que cualquiera que sea la atmósfera creada, ella conduce a ciertas interpretaciones y excluye otras, y que, por otra parte, ciertas interpretaciones crean una determinada atmósfera, en tanto que no dar esas interpretaciones creará una atmósfera totalmente diferente.

BIBLIOGRAFIA[1]

Alexander, F. (1956): "Two Forms of Regression and their Therapeutic Implications", *Psychoanal. Quart.*, vol. 25. Reproducido en *The Scope of Psychoanalysis*, Nueva York, Basic Books.

Arlow, J. (1963): "Conflict, Regression and Symptom Formation", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 44, pág. 12.

Balint, Enid (1963): "On being Empty of Oneself", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 44, pág. 470.

Balint, Michael (1932): "Character Analysis and New Beginning".

– (1934): "The Final Goal of Psycho-analytic Treatment".

– (1935): "Critical Notes on the Theory of the Pregenital Organization of the Libido".

– (1937): "Early Developmental States of the Ego. Primary Object-love".

– (1948): "On Genital Love", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 29.

– (1949): "Changing Therapeutical Aims and Techniques in Psychoanalysis".

– (1951): "On Love and Hate".

(Los artículos precedentes están incluidos en Balint, Michael, 1952.)

– (1952): *Primary Love and Psycho-Analytic Technique.* Primera edición: Londres, Hogarth Press; Nueva York, Liveright Publishing Co. Segunda edición: Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Liveright Publishing Co., 1965.

– (1955): "Notes on Parapsychology and Parapsychological Healing", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 36.

– (1956): "Pleasure, Object, and Libido", *Brit. J. Med. Psychol.*, Vol. 29, pág. 162.

*– (1957): *The Doctor, His Patient and the Illness*, Londres, Pitman;

[1] Las obras precedidas por un asterisco han sido publicadas en castellano. Véanse págs. 226 a 228. [E.]

Nueva York, International Universities Press, segunda edición, 1964.
– (1958): "The Three Areas of the Mind", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 39, pág. 1.
– (1959): *Thrills and Regressions*, Londres, Hogarth; Nueva York, Universities Press.
– (1960): "The Regressed Patient and His Analyst", *Psychiatry*, vol. 23, pág. 231.
Bibring, Edward (1936): "Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung", *Int. Zeitschrift für Psa.*, 1937, vol. 23, pág. 18.
Bibring, Edward (1954): "Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, vol. II, pág. 745.
*Bion, W. R. (1962): *Learning from Experience*, Londres, Heinemann.
*– (1963): *Elements of Psychoanalysis*, Londres, Heinemann.
Bowlby, J. (1958): "The Nature of the Child's Attachment to his Mother", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 39, pág. 350.
*Breuer, J. y Freud, S. (1895): *Studies on Hysteria*, Standard Edition, vol. II.
Clyne, M. B. (1962): *Night Calls*, Londres, Tavistock Publications; Filadelfia, Lippincott.
Deutsch, Helene (1937): "Don Quixote and Don Quixotism", *Psychoanal. Quart.*, vol. 6, pág. 215.
Doi, Takeo (1962): "Amae – A Key Concept for Understanding Japanese Personality Structure", *Psychologia (Kyoto)*, vol. 5, 1.
– (1963): "Some Thoughts on Helplessness and the Desire to be Loved", *Psychiatry*, vol. 26, pág. 266.
Eissler, K. (1953): "The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, vol. I, pág. 104.
*Fenichel, O. (1945): *The Psychoanalytical Theory of Neurosis*, Nueva York, Norton.
*Ferenczi, S. (1919): "Technical Difficulties in the Analysis of a Case of Hysteria".
– (1921): "Further Development of the Active Therapy in Psychoanalysis".
*– (1924): "On Forced Phantasies".
*– (1926): "Contra-Indications to the Active Psychoanalytic Technique".
(Los artículos precedentes están incluidos en *Further Contributions*, Londres, Hogarth Press, y Nueva York, Basic Books, 2a. edición, 1950.)
*– (1924): *Thalassa: A Theory of Genitality*, (ed. inglesa, *Psychoanalytic Quarterly*, Nueva York, 1934).
*– (1928): "The Elasticity of Psychoanalytic Technique".
*– (1930): "The Principle of Relaxation and Neo-Catharsis".
*–(1931): "Child Analysis in the Analysis of Adults".
*–(1932): "Confusion of Tongues between the Adults and the Child".
*– (1932): "Notes and Fragments".
(Los artículos precedentes están incluidos en *Final Contributions*, Londres, Hogarth Press, y Nueva York, Basic Books, 1955.)
*Freud, A. (1936): *The Ego and the Mechanisms of Defence*, Londres, Hogarth Press (ed. inglesa, 1937).
*– (1963): "Regression as a Principle in Mental Development", *Bull. Menninger Clinic*, vol. 27, pág. 126.

*Freud, S. (1894): "Neuro-Psychoses of Defence", Standard Edition, vol. III.
*— (1895): *Studies on Hysteria*, Standard Edition, vol. II.
*— (1895): "Manuscript 'H'", en *The Origins of Psycho-analysis*, Londres, Imago Publishing Company, 1950.
*Freud, S. (1896): "Aetiology of Hysteria", Standard Edition, vol. III.
*— (1900): *The Interpretation of Dreams*, Standard Edition, vols. IV y V.
*— (1905): "Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria", Standard Edition, vol. VII.
*— (1905): *Three Essays on Sexuality*, Standard Edition, vol. VII.
*— (1907): "Delusions and Dreams in Jensen's *Gradiva*", Standard Edition, vol. IX.
*— (1909): *Five Lectures on Psycho-Analysis*, Standard Edition, vol. XI.
*— (1909): "Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy", Standard Edition, vol. X.
*— (1909): "Notes upon a Case of Obsessional Neurosis", Standard Edition, vol. X.
*— (1910): *Leonardo da Vinci and a Memory of his Childhood*, Standard Edition, vol. XI.
*— (1911): "Psycho-Analytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)", Standard Edition, vol. XII.
*— (1912): "The Dynamics of Transference", Standard Edition, vol. XII.
*— (1913): *Totem and Taboo*, Standard Edition, vol. XIII.
*— (1914): "On Narcissism: An Introduction", Standard Edition, vol. XIV.
*— (1914): "Remembering, Repeating and Working-Through", Standard Edition, vol. XII.
*— (1914): "On the History of the Psycho-Analytic Movement", Standard Edition, vol. XIV.
*— (1915): "Observations on Transference-Love", Standard Edition, vol. XII.
*— (1916/17): *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, Standard Edition, vols. XV y XVI.
*— (1917): "A Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams", Standard Edition, vol. XIV.
*— (1918): "Lines of Advance in Psycho-Analytic Therapy", Standard Edition, vol. XVII.
*— (1920): *Beyond the Pleasure Principle*, Standard Edition, vol. XVIII.
*— (1923): "Two Encyclopaedia Articles", Standard Edition, vol. XVIII.
*— (1923): *The Ego and the Id*, Standard Edition, vol. XIX.
*— (1925): "An Autobiographical Study", Standard Edition, vol. XX.
*— (1926): *Inhibitions, Symptoms, and Anxiety*, Standard Edition, vol. XX.
*— (1937): "Analysis Terminable and Interminable", Standard Edition, vol. XXIII.
*— (1940): *An Outline of Psycho-Analysis*, Standard Edition, vol. XXIII.
*Fromm, E. (1963): *The Dogma of Christ and Other Essays on Religion, Psychology and Culture*, Londres, Routledge.
Gill, M. M. y Brenman, M. (1959): *Hypnosis and Related States*, Nueva York, International Universities Press.

Greco, R. S. y Pittenger, R. A. (1966): *One Man's Practice*, Londres, Tavistock Publications; Filadelfia, Lippincott.
Greenacre, Phyllis (1952): "Pre-genital Patterning", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 33, pág. 414.
*– (1953): *Trauma, Growth and Personality*, Londres, Hogarth Press.
– (1960): "Regression and Fixation", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, vol. VIII, pág. 703.
Hartmann, Heinz (1956): "The Ego Concept in Freud's Work", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 37.
Hill, Lewis B. (1955): "Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia", Univ. of Chicago Press, Chicago.
Hoffer, Willi (1959): "Reconsideration of Freud's Concept — 'Primary Narcissism'"; trabajo leído en la British Psycho-Analytical Society en junio de 1959.
Jones, Ernest (1927): "The Early Development of Female Sexuality", reproducido en *Papers on Psycho-analysis*, Londres, Baillière, Tindall and Cox, 4a. edición, 1938.
*— (1953): *Sigmund Freud*, vol. I, Londres, Hogarth Press.
*— (1957): *Sigmund Freud*, vol. III, Londres, Hogarth Press.
Kanzer, Mark (1955): "The Communicative Function of the Dream", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 36, pág. 261.
Khan, M. M. R. (1962): "Dream Psychology and the Evolution of the Psychoanalytic Situation", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 43.
*Klein, Melanie y otros (1955): *New Directions in Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books.
*Klein, Melanie (1957): *Envy and Gratitude*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books.
Knapp, P. (1959): Véase más adelante: Panel Discussions (1959) sobre "Criteria for Analysability".
*Kris, Ernst (1935): "The Psychology of Caricature", reproducido en *Psychoanalytic Explorations in Art*, Nueva York, International Universities Press.
*— (1952): *Psychoanalytic Explorations in Art*, Nueva York, International Universities Press.
Lampl-de Groot, J. (1963): "Symptom Formation and Character Formation", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 44, pág. 1.
Lask, A. (1966): *Asthma: Attitude and Milieu*, Londres, Tavistock Publications; Filadelfia, Lippincott.
Lewin, Bertram D. (1958): *Dreams and the Uses of Regression*, Nueva York, International Universities Press.
Little, Margaret (1957): "'R'. The Analyst's Total Response to his Patient's Needs", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 38.
— (1958): "On Delusional Transference", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 39, pág. 134.
Loch, Wolfgang (1963/4): "Regression", *Psyche*, vol. 17, págs. 516-545.
Loewenstein, R. (1958): "Remarks on Some Variation in Psychoanalytic Technique", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 39, pág. 202.
Main, T. F. (1957): "The Ailment", *Brit. J. med. Psychol.*, vol. 30.
Panel Discussions (1957): "Technical Aspects of Regression during Psychoanalysis", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 1958, vol. VI.
— (1957): "Technical Aspects of Transference", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 1958, vol. VI.

– (1959): "Criteria for Analysability", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 1960, vol. VIII.
– (1960): "Panel on Analysability", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, vol. VIII, págs. 86-95.
– (1963): "Panel on Analysability", *Bull. Philadelphia Ass. Psychoanal.*, vol. 13, págs. 36-39.
– (1966): "Severe Regressive States during Analysis", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, vol. 14, pág. 538.
Rank, Otto (1924): *Don Juan-Gestalt*, Viena, Int. Psa. Verlag.
Reich, Annie (1953): "Narcissistic Object Choice in Women", *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, vol. 1, pág. 22.
Rickman, John (1951): "Number and the Human Sciences", en *Psychoanalysis and Culture*, Nueva York, International Universities Press. (Reproducido en *Selected Contributions on Psychoanalysis*, Londres, Hogarth Press, 1957.)
Searles, Harold F. (1961): "Sources of the Anxiety in Paranoid Schizophrenia", *Brit. J. med. Psychol.*, vol. 34, pág. 129.
– (1963): "The Place of Neutral Therapist Responses in Psychotherapy with the Schizophrenic Patient", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 44, pág. 42.
– (1963): "Transference Psychosis in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 44, pág. 249.
Spitz, René (1946): "Anaclitic Depression", *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 2.
Stanton, A. H. y Schwarz, M. S. (1954): *The Mental Hospital*, Nueva York, Basic Books.
*Strachey, James (1961): Notas a S. Freud, *The Ego and the Id*, Standard Edition, vol. XIX.
Weiss, Eduardo (1957): "A comparative Study of Psychoanalytical Ego Concepts", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 38, pág. 212.
Winnicott, D. W. (1949): "Hate in the Counter-Transference", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 30.
– (1951): "Transitional Objects and Transitional Phenomena". (Reproducido en 1958 como cap. 18 en *Collected Papers*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books.)
– (1958): *Collected Papers*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books.
– (1958): "The Capacity to be Alone", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 39, págs. 416-420. Reproducido en *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press, 1965.
Zetzel, E. (1956): "Current Concepts of Transference", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 37, pág. 372.

VERSIONES CASTELLANAS

Balint, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Sainte Claire Editora, 1977.
Bion, W. R.: *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós, 1975.

—: *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires. Hormé, 1966.
Breuer, J. y Freud, S.: *La histeria*, en S. Freud, *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967-1968.
Fenichel, O.: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1977.
Ferenczi, S.: "Dificultades técnicas en el análisis de un caso de histeria".
—: "Los nuevos adelantos de la terapéutica activa en el psicoanálisis".
—: "Sobre las fantasías forzadas".
—: "Contraindicaciones a la técnica psicoanalítica activa".
(Los artículos están incluidos en *Teoría y técnica del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1967.)
—: "La elasticidad de la técnica psicoanalítica".
—: "El principio de relajación y la neocatarsis".
—: "El análisis infantil en el análisis de adultos".
—: "La confusión de lenguajes entre los adultos y el niño".
—: "Notas y fragmentos".
(Los artículos precedentes están incluidos en *Problemas y métodos del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1966.)
Freud, A.: *El yo y los mecanismos de defensa*, Buenos Aires, Paidós, 1977, 11a. ed.
—: "La regresión como un principio del desarrollo normal", en *Normalidad y patología en la niñez*, Buenos Aires, Paidós, 1981, 4a. ed.
Freud, S.: "Las neuropsicosis de defensa".
—: *La histeria*.
—: "Manuscrito H", en *Los orígenes del psicoanálisis*.
—: "La etiología de la histeria".
—: *La interpretación de los sueños*.
—: "Análisis fragmentario de una histeria".
—: *Tres ensayos sobre una teoría sexual*.
—: *El delirio y los sueños en la "Gradiva" de W. Jensen*.
—: "Psicoanálisis. Cinco conferencias pronunciadas en Clark University (Estados Unidos)".
—: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años".
—: "Análisis de un caso de neurosis obsesiva".
—: *Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*.
—: "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ('dementia paranoides') autobiográficamente descrito".
—: "La dinámica de la transferencia".
—: *Tótem y tabú*.
—: "Introducción al narcisismo".
—: "Recuerdo, repetición y elaboración".
—: "Historia del movimiento psicoanalítico".
—: "Observaciones sobre el 'amor de transferencia' ".
—: *Introducción al psicoanálisis*.
—: "Adición metapsicológica a la teoría de los sueños".
—: "Los caminos de la terapia psicoanalítica".
—: *Más allá del principio del placer*.
—: "El psicoanálisis y la teoría de la libido".
—: *El yo y el ello*.
—: *Estudio autobiográfico*.
—: *Inhibición, síntoma y angustia*.
—: "Análisis terminable e interminable".

(Los trabajos precedentes están incluidos en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967-1968.)

Freud, S.: *Esquema del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1979, 6a. reimpresión.

Fromm, E.: *El dogma de Cristo*, Buenos Aires, Paidós, 1980, 6a. ed. (trad. del capítulo "The Dogma of Christ") y *La condición humana actual*, Buenos Aires, Paidós, 1970 (trad. del capítulo "The Present Human Condition").

Greenacre, P.: *Trauma, desarrollo y personalidad*, Buenos Aires, Hormé, 1961.

Jones, E.: *Vida y obra de Sigmund Freud*, Buenos Aires, Hormé, 1979, 3 vols.

Klein, M. y otros: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, en M. Klein, *Obras completas*, Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1976, vol. IV.

Klein, M.: *Envidia y gratitud*, en *Obras completas*, Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1976, vol. VI.

Kris, E.: "Psicología de la caricatura", en *Psicología de lo cómico*, Buenos Aires, Paidós, 1964, 2a. ed.

—: *Psicoanálisis del arte y del artista*, Buenos Aires, Paidós, 1964, 2a. ed. (trad. de los capítulos 1, 2, 13 y 14); *El arte del insano*, Buenos Aires, Paidós, 1964, 2a. ed. (trad. de los capítulos 3 a 5), y *Psicoanálisis de lo cómico*, Buenos Aires, Paidós, 1964, 2a. ed. (trad. de los capítulos 6 a 12).

Strachey, J.: Notas a S. Freud, *El yo y el ello*, en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979, vol. XIX.

BIBLIOGRAFIA ESPECIAL SOBRE LA DEPENDENCIA ORAL Y ESTADOS CONEXOS

Dependencia oral

Alexander, F. (1950): *Psychosomatic Medicine*, Londres, Allen & Unwin; Nueva York, Norton, págs. 102-104 y 133-134.

Masserman, J. (1951): "Some Current Concepts of Sexual Behavior", *Psychiatry*, vol. 14.

Meerloo, J. (1952): "Artificial Ecstasy", *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 115, págs. 246-266.

Grunberger, B. (1953): "Oral Conflicts and Hysteria", *Rev. Franç. Psa.*, vol. 17.

Friedman, L. J. (1953): "Defensive Aspects of Orality", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 34.

Klein, Melanie y otros (1955): *New Directions in Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books. [Hay versión castellana: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, en M. Klein, *Obras completas*, Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1976, vol. IV.]

Ambiente previsible normal

Hartmann, H. (1939): *Ego Psychology and the Problem of Adaption*, Nueva York, International Universities Press, 1958. [Hay versión castellana: *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, México, Pax, 1961.]

Objeto satisfactor de necesidad

Freud, A. (Años de la guerra y 1963): "Concept of Developmental Lines", *Psychoanal. Study Child*, vol. 18. [Hay versión castellana: "El concepto de las líneas del desarrollo", en *Normalidad y patología en la niñez*, Buenos Aires, Paidós, 1981, 4a. ed.]

Matriz extrauterina

Mahler, M. (1952): "On Childhood Psychosis and Schizophrenia", *Psychoanal. Study Child*, vol. 7.

Ambiente suficientemente bueno

Winnicott, D. W. (1941): "The Observation of Infants in a Set Situation", en *Collected Papers*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books, 1958.

Madre de devoción común

Winnicott, D. W. (1949): "The Ordinary Devoted Mother and her Baby", en *Collected Papers.*

Preocupación maternal primaria

Winnicott, D. W. (1956): "Primary Maternal Preoccupation", en *Collected Papers.*

Función de sostén

Winnicott, D. W. (1960): "The Parent-Infant Relationship", en *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press, 1965.

Unidad básica

Little, Margaret (1960): "On Basic Unity", *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 41.

Ambiente facilitador

Winnicott, D. W. (1963): "Casework and Mental Illness" y "Theory of Psychiatric Disorder", en *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press, 1965.

Protección contra las excitaciones

Khan, M. (1963): "The Concept of Cumulative Trauma", *Psychoanal. Study Child*, vol. 18.

Mediador del ambiente

Spitz, R. (1965): *The First Year of Life*, Nueva York, International Universities Press. [Hay versión castellana: *El primer año de vida del niño*, Madrid, Aguilar, 1975.]

Michael Balint desarrolla en esta obra el concepto de una «falta básica» en la estructura biopsicológica del individuo, que afecta en diverso grado a su mente y a su cuerpo. Para el autor, esa falta, que los pacientes experimentan como defecto y carencia a la vez, se origina en el período inicial de la vida a causa de la discrepancia entre las necesidades materiales y psicológicas del niño y los cuidados y afectos que recibe. Sobre la base de este concepto, se postula la existencia de un ámbito específico de la mente cuyos procesos tienen en su totalidad una estructura diádica, formada por el individuo y su objeto primario, y cuya fuerza dinámica se aplica a la finalidad excluyente de «enderezar las cosas». A este ámbito se oponen otros dos: el del complejo de Edipo, que tiene esencialmente una estructura triádica, integrada por el individuo y dos de sus objetos, y cuyo dinamismo característico asume la forma de un conflicto, y el ámbito de la creación, en el que no hay objetos propiamente dichos y cuya fuerza característica es el afán de crear, de producir.
Esta estructura básica y el concepto de falta básica arrojan una nueva luz sobre el fenómeno de la regresión en la situación analítica, que Balint examina con detenimiento en la sección siguiente de la obra.
La segunda mitad del libro desarrolla temas clínicos y técnicos; el autor detalla sus observaciones clínicas y concluye con una descripción de sus propias propuestas técnicas.

Paidós
Psicología
Profunda
85

ISBN 84-7509-872-X

